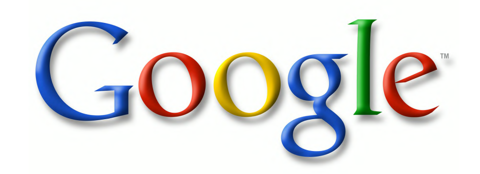
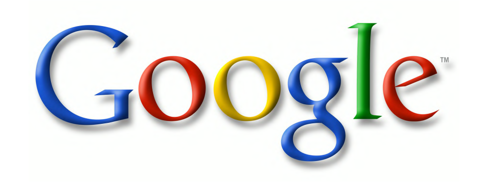
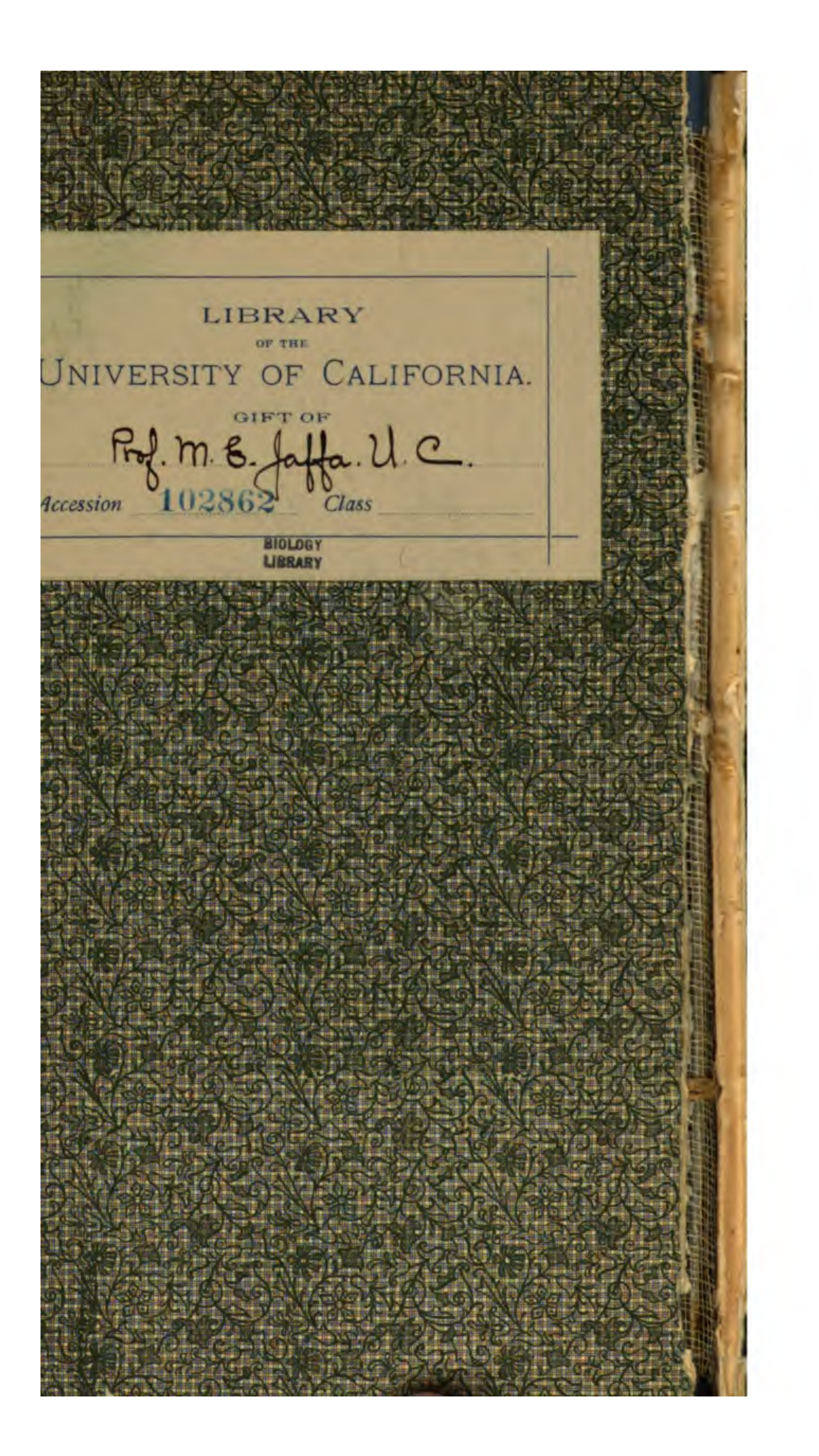

Google









TRAITÉ
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE L'HYSTÉRIE

D'APRÈS

L'ENSEIGNEMENT DE LA SALPÊTRIÈRE

PAR LE DOCTEUR

GILLES DE LA TOURETTE

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX A LA SALPÊTRIÈRE
ANCIEN PRÉPARATEUR DU COURS DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE PARIS
LAURÉAT DE L'INSTITUT, DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
ET DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

PRÉFACE DE M. LE Dr J.-M. CHARCOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
MEMBRE DE L'INSTITUT

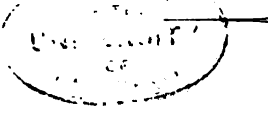
« En une seule chose ne céderay-je à personne, en la recherche de la vérité. »
Théophraste RENAUDOT.

HYSTÉRIE NORMALE

OU

INTERPAROXYSTIQUE

avec 46 figures dans le texte



PARIS

LIBRAIRIE PLON

E. PLON, NOURRIT ET Cie, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

RUE GARANCIÈRE, 10

1891

OUVRAGE COURONNÉ
PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

TRAITÉ

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE L'HYSTÉRIE

PRÉFACE

DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT

Le présent *Traité* a été fait, en quelque sorte, sous mon immédiate direction. Il reproduit, aussi fidèlement que possible, mon enseignement et les travaux que celui-ci a inspirés à mes élèves.

Je dirai même plus : en lisant, *avant l'imprimeur*, l'ouvrage de M. Gilles de la Tourette, j'ai été plusieurs fois surpris d'y trouver des idées qui m'étaient absolument personnelles, que je croyais n'avoir jamais émises, qui, en tout cas, étaient restées inédites.

C'est que M. Gilles de la Tourette, qui fut mon *interne* et mon *chef de clinique* à la Salpêtrière, depuis près de huit ans qu'il est, à divers titres, attaché à mon service, s'est astreint jour par jour, pour ainsi dire, à recueillir ce que, inspiré par l'observation clinique, je pensais ou disais en matière d'hystérie ; travaillant ainsi sans relâche à mettre au point une œuvre qui aujourd'hui, je crois, vient combler une lacune dans la science.

M. Gilles de la Tourette dit qu'il s'est borné à expo-

ser mon enseignement, à réunir mes travaux et ceux de mes élèves. C'est la première fois qu'il oublie qu'il en est un, et des meilleurs. Il ne fait pas mention, en effet, de ses travaux à lui, qui sont de la plus haute importance dans l'espèce.

Je n'en veux retenir, pour le moment, que ses recherches faites en commun avec un autre de mes élèves, M. Cathelineau, sur la *formule chimique* de l'hystérie, recherches qui, si elles se confirmaient, disais-je dans une de mes Leçons (1), constitueraient une *véritable découverte*. Aujourd'hui cette confirmation n'est plus à attendre.

De ce fait, M. Gilles de la Tourette a introduit dans l'étude de l'hystérie un élément de précision, pour ainsi dire palpable, qui est appelé à éclairer singulièrement le diagnostic des cas douteux, en même temps qu'il fixe la réalité des phénomènes établis par la clinique.

Ce que M. Gilles de la Tourette a encore oublié de dire, c'est qu'il ne s'est pas borné à résumer mon enseignement. Si celui-ci tient la plus grande place dans son ouvrage, il n'en est pas moins vrai qu'il l'a entouré des discussions qu'il a pu faire naître, des travaux qui, à l'étranger comme en France, ont contribué singulièrement à élargir le cadre de l'hystérie!

Chez lui le vulgarisateur n'exclut pas l'observateur original, non plus que le critique qui a su puiser ses éléments d'appréciation aux meilleures sources.

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1889, p. 428.

C'est, si je ne me trompe, un *travail complet* qu'il nous présente, résumant parfaitement, en tout cas, l'état actuel de la science, avec une conscience scrupuleuse à laquelle il nous avait habitué dans ses autres travaux.

Je souhaite sincèrement que mon témoignage puisse porter bonheur et profit à un ouvrage qui représente un effort considérable, longtemps prolongé au milieu de difficultés de toutes sortes.

J.-M. CHARCOT,
de l'Institut.

Paris, 15 octobre 1891.

AVANT-PROPOS

La compréhension actuelle de l'hystérie, telle qu'elle est sortie des travaux de M. Charcot, est aussi différente de l'idée qu'on se faisait de la névrose avant l'intervention de l'École de la Salpêtrière, que la notion des anciennes inflammations comparées aux maladies infectieuses d'aujourd'hui.

Et encore, la description clinique de la pneumonie faite par Grisolle restera éternellement debout, tandis qu'on serait parfois bien en peine, en lisant le traité de Briquet paru en 1859, de reconnaître l'hystérie telle que nous la comprenons maintenant.

Est-ce donc que la science soit définitivement fixée sur cette grosse question? Certainement non, car tous les jours s'ouvrent, pour la névrose, des horizons nouveaux : hier le chapitre de l'hystérie masculine, aujourd'hui les troubles trophiques, demain, peut-être, l'anatomie et la physiologie pathologiques.

Mais, déjà, on peut reconnaître à l'hystérie des lois d'évolution, un déterminisme particulier qui devait forcément s'affirmer un jour ou l'autre, et faire du « protée insaisissable » d'autrefois une maladie vraie, stable dans son incohérence même qui est plus apparente que réelle, et que, dans tous les cas, l'ignorance s'est singulièrement plu à exagérer.

C'est cette étape dans l'histoire de l'hystérie que nous avons voulu fixer, sur les conseils mêmes de celui qui a le plus fait, de nos jours, pour l'étude de la névrose, de notre illustre maître, M. le professeur Charcot.

Il nous a suffi, pour cela, de résumer son enseignement contenu tant dans ses travaux que dans ceux qu'il a inspirés à ses élèves, parmi lesquels nous sommes fier de nous compter.

Le plan que nous avons suivi nous a été dicté par l'observation du malade lui-même. L'hystérie se compose d'un fonds commun : *les stigmates permanents*, sur lequel évoluent des *paroxysmes*. Nous avons donc divisé notre travail en deux parties : *l'hystérie normale* ou *interparoxystique*, *l'hystérie pathologique* ou *paroxystique*, distinction que ratifient et la clinique et l'analyse des échanges nutritifs.

Est-ce à dire qu'en clinique ces distinctions soient aussi tranchées que nous semblons l'admettre? Telle n'est pas notre pensée, et, dans bien des chapitres, on verra que, pour ne pas faire double emploi, nous avons, de nous-même, empiété sur cette ligne de démarcation que la rapide succession et l'enchevêtrement des phénomènes hystériques tendent sans cesse à effacer. Ce qui nous a toujours guidé dans nos descriptions, ce sont les besoins de la clinique que nous n'avons jamais sacrifiés aux exigences souvent illusoires de la théorie.

Que notre vénéré maître veuille bien recevoir ici même l'expression de notre profonde gratitude, pour les encouragements qu'il nous a sans cesse prodigués au cours d'un travail dont il nous a fourni tous les éléments.

M. le professeur Brouardel, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne et le préparateur, a singulièrement facilité notre tâche par ses conseils si éclairés, dans la

rédaction de la partie médico-légale. Ce n'est pas la première fois qu'il nous donne, en pareille matière (1) et en bien d'autres circonstances, des marques de sa constante bienveillance. Nous lui en exprimons respectueusement notre reconnaissance.

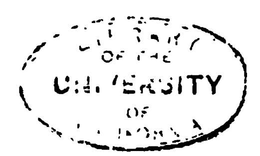
M. le professeur Laboulbène nous a guidé dans la rédaction de la partie historique; M. le professeur Fournier, M. le professeur Verneuil, notre cher maître, M. le professeur Le Dentu, nous ont ouvert généreusement leurs services et leurs laboratoires pour y étudier les questions connexes, cutanées ou chirurgicales, si importantes pour la juste appréciation d'une affection qui peut simuler toutes les autres.

Les dessins qui illustrent notre travail sont dus, presque tous, à l'habile crayon de notre ami le docteur Paul Richer, qui a tant fait pour l'hystérie; en nous autorisant à les reproduire, il a simplement ajouté un nouveau témoignage aux nombreuses marques d'amitié qu'il nous a toujours prodiguées.

Enfin, notre souvenir attristé s'en va vers celui qui nous fut si cher, M. le professeur Damaschino, prématurément enlevé à notre affection, et qui, dès le début de ces recherches, nous avait puissamment aidé par ses conseils et ses encouragements.

(1) *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal Préface de M. le professeur Brouardel.* 2e éd., 1889. Plon et Cie.

Paris, 2 août 1891.



TRAITÉ

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE L'HYSTÉRIE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES.

LES MÉDECINS ET LES PHILOSOPHES DE L'ANCIENNE GRÈCE. — Démocrite, *Hippocrate,* Platon, Arétée.

LES MÉDECINS DES PREMIERS SIÈCLES DE L'ÈRE CHRÉTIENNE. — Celse, Galien, Aétius, Paul d'Égine.

L'HYSTÉRIE A TRAVERS LE MOYEN AGE. — Importance des documents figurés mis en lumière par Charcot et Paul Richer. — Les grandes épidémies de chorée rhythmée et de démonopathie du quatorzième au dix-huitième siècle.

L'HYSTÉRIE, DE LA RENAISSANCE AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE. — A. Paré, Fernel, Mercurialis, Baillou, Forestus. — *Les travaux de Charles Lepois et de Sydenham.* — Discussion sur les rapports de l'hystérie et de l'hypocondrie. — L'hystérie chez l'homme. — Willis, Highmore, Raulin, R. Whytt, Astruc, Sauvages, Pomme.

L'HYSTÉRIE AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE. — Violente réaction contre les idées de Lepois et de Sydenham. — *Louyer-Villermay,* 1802-1816. — Georget les défend, 1831.

PÉRIODE DES CONCOURS ACADÉMIQUES. — *Société royale de médecine de Bordeaux :* Dubois, d'Amiens, 1833. — *Académie de médecine,* 1845. — Traités de Brachet et de Landouzy.

L'HYSTÉRIE EN ANGLETERRE. — Les leçons de Brodie, 1837. — L'HYSTÉRIE EN ALLEMAGNE. — Romberg, Valentiner, Meyer.

CHARCOT PREND LE SERVICE DES HYSTÉRIQUES A LA SALPÊTRIÈRE, 1862. — Discussion sur les rapports qui unissent l'hystérie et l'épilepsie. — *L'hystéro-épilepsie* n'a rien à voir avec l'épilepsie. — Lois de l'attaque. — Impulsion donnée à l'étude de l'hystérie par Charcot et son école.

L'histoire de l'hystérie commence, au point de vue documentaire, avec les plus anciens écrits médicaux et philosophiques, car dans l'ancienne Grèce, berceau de

toutes les sciences, la philosophie touchait de bien près à la médecine, quand elle ne l'englobait pas dans son domaine. C'est ainsi que Démocrite et Platon furent, à n'en pas douter, dans cette voie, les précurseurs de la médecine, et Platon, le premier, n'a-t-il pas formulé la théorie qui, pendant si longtemps, régentera la clinique et la thérapeutique de la névrose, lorsqu'il écrivait : « La matrice est un animal qui désire ardemment engendrer des enfants. Lorsqu'il reste longtemps stérile après la puberté, il a peine à le supporter, il s'indigne, il parcourt tout le corps, obturant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes et occasionnant diverses maladies, jusqu'à ce que le désir et l'amour réunissant l'homme et la femme fassent naître un fruit et le cueillent comme sur un arbre (1). »

Cette citation du *Timée,* que nous donnons après tant d'autres, renferme le fameux aphorisme : « *Nubat illa et morbus effugiet* », qui servira si longtemps de base à la théorie et à la thérapeutique de l'hystérie féminine, car de l'hystérie masculine il ne sera sérieusement pas question avant Charles Lepois et Sydenham, l'étymologie du mot semblant n'en permettre même pas l'hypothèse. Et pourtant, dès le sixième siècle, les artistes, fidèles représentateurs de la nature souffrante, en accumuleront les documents figurés, dont l'interprétation ne sera donnée que de nos jours par Charcot et Paul Richer.

Les *écrits hippocratiques* sont riches en ce qui concerne l'hystérie, mais, comme pour beaucoup d'autres affections, on a davantage prêté à Hippocrate qu'il n'a vu véritablement. La lecture attentive de ses œuvres nous montre, en effet, que s'il a surtout bien connu l'épilepsie, il n'a pas toujours su la différencier très nettement de l'hystérie, qu'il connaissait, à la vérité, mais d'une façon certainement beaucoup plus imparfaite. Cela tient peut-être au caractère hiératique du *morbus sacer* qui avait tant frappé les méde-

(1) *Œuvres de Platon*, trad. Cousin, t. XII, p. 242.

cins et les populations de la Grèce. Et pourtant, un grand nombre des malheureux que terrassait le *mal herculéen*, beaucoup de prêtresses qui, frappées du *mal divin*, rendaient leurs oracles au milieu des convulsions, n'étaient certainement que des hystériques, et nous pourrions démontrer facilement, sans trop épiloguer, que l'épilepsie doit beaucoup de son caractère sacré à l'hystérie méconnue.

En ce qui regarde l'hystérie, donc, beaucoup de passages d'Hippocrate sont loin d'entraîner notre conviction comme ils l'ont fait pour notre grand Littré, par exemple. Que dire, en effet, du suivant, qu'il rapporte nettement à la névrose (1)? « Si les matrices vont vers le foie, la femme perd aussitôt la voix; elle serre les dents, la couleur devient noire. Ces accidents la saisissent soudainement en pleine santé. Ils surviennent surtout chez les vieilles filles et chez les veuves qui, étant jeunes et ayant eu des enfants, restent dans la viduité. »

On pourrait trouver dans ce qui suit le germe de la compression, inconsciente à la vérité, de l'ovaire : « Les choses en étant là, on pousse avec la main en écartant du foie, on serre un bandage sous les hypocondres. »

Comme description de l'attaque, nous préférons certainement le passage suivant (2), surtout parce que la question du diagnostic avec l'épilepsie y est nettement posée : « Quand la matrice est au foie et aux hypocondres, elle produit la suffocation, le blanc des yeux se renverse, la femme devient froide et quelquefois livide. Elle grince des dents, la salive afflue dans sa bouche, et elle ressemble aux épileptiques. » Ce qui suit gâte singulièrement la description pour qui sait combien la mort est rare dans le paroxysme hystérique : « Si la matrice reste longtemps fixée au foie et aux hypocondres, la femme succombe étouffée. »

La citation qui va suivre est empruntée à Celse, dans lequel, ainsi que le disait Boerhaave, « on trouve beau-

(1) *OEuvres complètes d'Hippocrate*, trad. nouvelle. *De la nature de la femme*, t. VII, p. 315.

(2) *Hippocrate*, trad. LITTRÉ : *Des maladies des femmes*, t. VII, § 7; p. 33.

coup de choses qu'on fait aujourd'hui passer pour neuves ». Ce passage du premier médecin célèbre après le commencement de l'ère chrétienne, passage qu'on n'avait pas encore songé à citer avant nous, en dit très long, à notre avis, sur les connaissances que possédait, en matière d'hystérie, le célèbre encyclopédiste, qui fut d'ailleurs un admirateur fervent d'Hippocrate, dont il traduisit de nombreux fragments. On remarquera qu'il pose nettement les éléments du diagnostic *différentiel* entre l'hystérie et l'épilépsie (1).

« *Ex vulvâ quoque feminis vehemens malum nascitur; proximèque ab stomacho vel afficitur vel corpus afficit. Interdum etiam sic exanimat, ut tanquam comitiali morbo prosternat. Distat tamen hic casus, eo quod neque oculi vertuntur, nec spumæ profluunt, nec nervi distenduntur : sopor tantum est. Id vitium quibusdam feminis crebrò revertens, perpetuum est.* »

Un siècle et demi après Celse, Galien, qui fut un physiologiste distingué, sans déposséder la matrice du siège de l'hystérie, traite d'absurde l'opinion qu'il attribue à Platon de l'ascension de l'utérus pendant l'attaque. Ses connaissances anatomiques lui avaient appris que l'utérus ne peut voyager constamment de la vulve à l'appendice xyphoïde, comme le voulait encore Arétée. Le premier, peut-être, il émet cette opinion que l'hystérie n'est pas l'apanage exclusif de la femme, lorsqu'il écrit : « *Id vero quoque viris evenire solet.* »

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister plus longuement sur les écrits des autres auteurs des premiers siècles de l'ère chrétienne : Aétius, Paul d'Égine, qui sont loin d'atteindre, dans la circonstance, la précision que nous avons constatée dans Celse.

(1) A. Cornelii Celsi *De re medica libri octo*, lib. VII, cap. I, sect. VII, p. 213 ; Paris, P.-Fr. Didot, 1772.

*
* *

Négligeant l'étude des médecins arabes, qui, au dire des auteurs, ont peu fait pour l'hystérie, nous allons désormais, avec le *moyen âge*, nous trouver en présence de documents d'une valeur beaucoup plus considérable que les descriptions plus ou moins exactes que nous avons rapportées. Aussi bien l'hystérie devait-elle pousser des



Fig. 1. — *Le Christ délivrant un possedé.* — D'après un ivoire du vᵉ siècle. — Fragment d'un évangéliaire de la bibliothèque de Ravenne.

rameaux luxuriants dans un sol fécondé sans cesse par l'ignorance et le fanatisme religieux. Le document figuré va désormais acquérir une importance exceptionnelle.

Les connaissances extrêmement précieuses que nous possédons sur l'hystérie à cette époque de l'histoire, nous les devons à notre éminent maître, M. le professeur Charcot, et à notre ami M. Paul Richer, dont on retrouvera les noms à chaque page de ce travail. Elles ont été plus particulièrement consignées dans deux ouvrages : *Les démoniaques dans l'art* (1887), auquel nous avons emprunté les figures qui ornent ce chapitre, *Les malades et les difformes dans l'art* (1889), et aussi dans les *Études cliniques sur la*

grande hystérie ou hystéro-épilepsie (2ᵉ édit., 1885), que l'historien de l'hystérie doit incessamment consulter. Nous parlions du document écrit, et nous citions en passant Aétius et Paul d'Égine, qui vivaient au sixième et au septième siècle après Jésus-Christ. N'avions-nous pas raison de ne pas nous attarder dans l'interprétation de textes tou-



Fig. 2. — *Énergumène.* Miniature. — Manuscrit syriaque de la bibliothèque de Florence (VIᵉ siècle).

jours obscurs, lorsque nous possédions, après les études de MM. Charcot et P. Richer, des documents antérieurs et qui surtout ne sauraient donner prise à la discussion?

Un ivoire du cinquième siècle (fig. 1), fragment de la couverture d'un évangéliaire de la bibliothèque de Ravenne, retrace une scène d'exorcisme, et il est difficile de se tromper sur l'attitude de l'énergumène qui orne le manuscrit syriaque de la bibliothèque de Florence (VIᵉ siècle) (fig. 2).

Notons que la plupart des possédés, convulsionnaires, — nous savons aujourd'hui ce que signifient ces mots, — que nous allons rencontrer, sont des hommes, ce qui prouve que si les auteurs n'en parlaient pas, l'hystérie masculine n'en existait pas moins à cette époque de l'histoire.

S'il peut y avoir quelques doutes d'interprétation sur l'attitude de l'énergumène de la bibliothèque de Florence, il n'en est plus de même en ce qui concerne le « *Fils possédé* », miniature du manuscrit de l'empereur Otton conservé à la cathédrale d'Aix-la-Chapelle.

« C'est, à notre connaissance, disent MM. Charcot et Paul Richer (p. 8), la plus ancienne figuration de possédé présentant quelques-uns de ces caractères de réalité si remarquables et que les grands artistes de la Renaissance ont su rendre avec tant de bonheur. Le jeune homme est au milieu d'une crise, le tronc violemment courbé en arrière, la tête et les membres contracturés. Il est soutenu par son père, qui le présente au Christ... L'attitude donnée ici par l'artiste au jeune possédé mérite d'être signalée. Ce renversement en arrière doit être rapproché de l'*arc de cercle* si fréquent chez les hystériques. »



Fig. 3. — *Scène d'exorcisme*, d'après un des bas-reliefs en bronze de la porte de Saint-Zénon, à Vérone (XIe siècle).

Sous ce rapport, le bas-relief en bronze de la porte de l'église de Saint-Zénon, à Vérone, lequel date aussi du onzième siècle et se rapporte à une femme, n'est pas moins caractéristique : « Vêtue d'une longue tunique collante, la possédée se renverse en arrière (fig. 3), faisant saillir le ventre proéminent. L'exagération même de cette attitude n'a rien que de très naturel. Nous savons, en effet, combien la tympanite est fréquente chez les hystériques, soit au moment même des crises, soit en dehors d'elles, et nous avons rappelé plus haut combien est fréquent aussi le mouvement de renversement du tronc en arrière sous forme d'arc. Derrière elle, un moine lui saisit l'avant-

bras droit d'une main, pendant que de l'autre il soutient les épaules et la tête, qui se renverse également. En avant, un évêque mitré, qui tient de sa main gauche l'autre bras de la possédée, élève la main droite, qui fait le geste de la bénédiction. Au-dessus, le démon, sous la forme d'un génie, paraît sortir de la bouche de la patiente. »

Nous ne puiserons pas plus longtemps dans cette mine précieuse des documents figurés; nous ne ferions que citer sans relâche, tellement ils sont nombreux et concluants. Aussi bien les documents écrits ne manquent-ils pas à cette époque; mais ils sont restés lettre muette pour les contemporains, l'état morbide des grandes épidémies de convulsions relevant du surnaturel. Partie annexe des documents figurés, ils ont été merveilleusement mis en œuvre et en lumière à notre époque par Littré, Charcot, Valentiner, et plus particulièrement par Calmeil (1) et Paul Richer (2), sans oublier M. Bourneville, qui a réédité les plus importants dans sa *Bibliothèque diabolique*.

Les grandes épidémies de chorée du moyen âge n'appartiennent pas, en effet, à la chorée vulgaire; elles doivent être rapportées à la chorée rhythmée hystérique, ainsi qu'on en jugera par les dessins de P. Breughel (fig. 4, 5, 6) et par la description suivante empruntée à Hecker (3) :

« Déjà, en 1574, on avait vu, à Aix-la-Chapelle, arriver de l'Allemagne des troupes d'hommes et de femmes qui, réunis par un délire commun, offraient au peuple, dans les rues et dans les églises, cet étrange spectacle. Se tenant par la main et emportés par leurs sens, dont ils n'étaient plus maîtres, ils dansaient des heures entières, et prolongeaient ce spectacle sans être intimidés par les assistants, jusqu'à ce que, épuisés, ils tombassent à terre. Puis ils se

(1) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.* 2 vol., Paris, 1845.

(2) *Études cliniques sur la grande hystérie; l'hystérie dans l'histoire,* p. 798 et suiv.

(3) *Mémoires sur la chorée du moyen âge* (trad. de l'allemand par Ferd. Dubois). *Annales d'hygiène et de médecine légale,* 1834, t. XII, p. 313.

plaignaient d'une grande angoisse et gémissaient comme

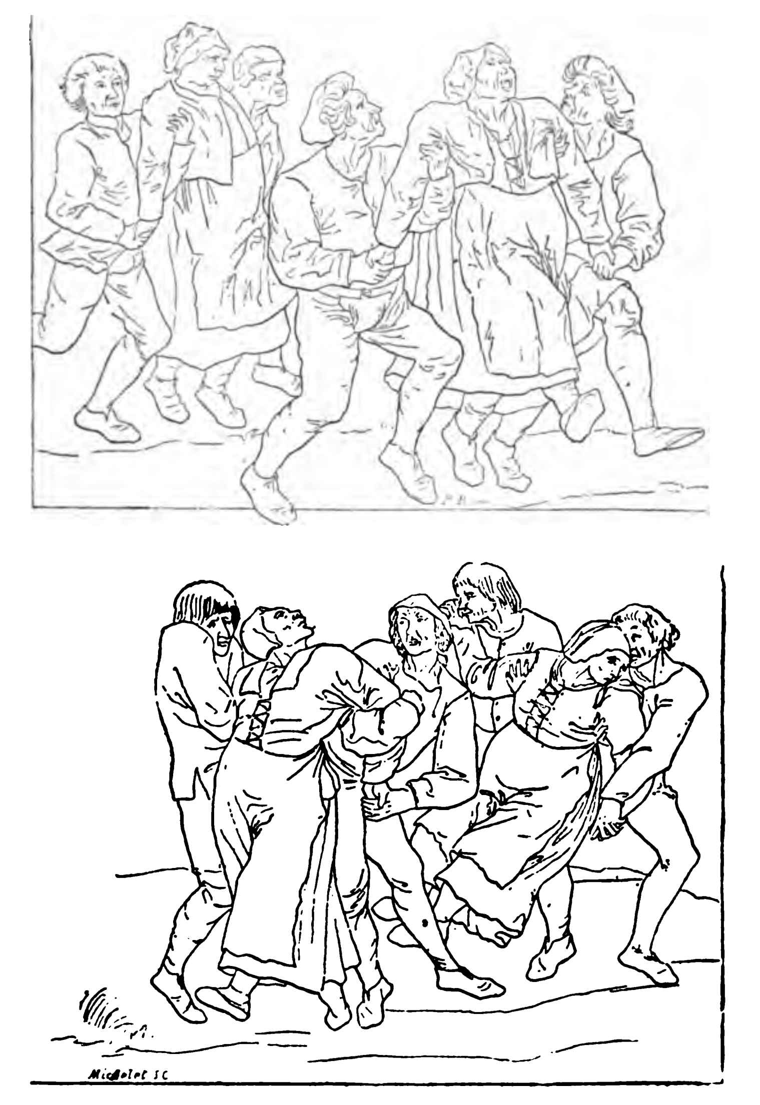


Fig. 4 et 5. — *Danse de Saint-Guy*. — Groupes tirés d'une gravure de Hondius, d'après Pierre Breughel.

s'ils eussent senti l'approche de la mort, *jusqu'à ce qu'on*

leur eût serré le ventre avec des linges; après quoi ils revenaient à eux-mêmes et se trouvaient momentanément délivrés de leur mal. C'était dans le but d'agir contre la tympanite, qui se déclarait après leur accès, que l'on avait recours à cette manœuvre; souvent on s'y prenait plus simplement encore, en leur *donnant des coups de poing et de pied dans le bas-ventre*. Pendant leur danse, ils *avaient des apparitions,* ils ne voyaient, ni entendaient, et leur imagination leur faisait voir des esprits dont ils prononçaient ou plutôt hurlaient les noms...

« Dans le cas où la maladie était complètement développée, *les accès commençaient par des convulsions épileptiques*. Les malades tombaient à terre haletants, sans connaissance, l'écume leur sortait de la bouche, puis ils se levaient en sursaut et commençaient leur danse accompagnée de hideuses contorsions. Il ne fallut que quelques mois pour propager ce fléau d'Aix-la-Chapelle, où il se montra en juillet, jusque dans les Pays-Bas. »

Où trouver une meilleure description de la grande attaque d'hystérie et de son arrêt par la compression ovarienne? Comment ne pas reconnaître les caractères particuliers de l'hystérie masculine dans l'exposé suivant, dont nous pourrons ultérieurement souligner l'exactitude :

« Ils déchiraient souvent leurs vêtements ou se livraient à d'autres excès; aussi, ceux qui en avaient les moyens se faisaient accompagner par des surveillants, qui les empêchaient de se faire du mal à eux-mêmes ou d'en faire aux autres. »

Cette longue citation nous dispensera d'insister sur le caractère de tant d'autres épidémies analogues qui sévirent à cette époque, où le fanatisme religieux et la crainte des démons entretenaient les esprits dans un état si favorable au développement de l'hystérie. Le *tarentisme* d'Italie paraît n'avoir été qu'une forme de la chorée rhythmée, et les possessions démoniaques qui envahirent les couvents d'Allemagne, de 1550 à 1560, nous offrent un cortège de symptômes qui se passe de commentaires.

La France ne fut pas épargnée, et, dans ce luxe d'épidémies d'hystéro-démonopathie qui conduisirent tant de malheureux sur le bûcher de l'Inquisition, nous signalerons, parmi les plus connues, la possession de Nicole Obry (1565) et celle des Ursulines d'Aix, qui fit périr par le feu, le 30 avril 1611, le malheureux Gauffridi.



Fig. 6. — *Danseurs de Saint-Guy,* conduits en pèlerinage à l'église de Saint-Willibrod, à Epternach, près de Luxembourg, d'après un dessin de P. Breughel, à la galerie de l'archiduc Albert, à Vienne (1).

Enfin, entre toutes nous mentionnerons celle des Ursulines de Loudun, qui se termina par le supplice d'Urbain Grandier (1634). Le manuscrit de la supérieure, Sœur Jeanne des Anges, que nous avons eu la bonne fortune de retrouver et de publier, renferme l'histoire la plus com-

(1) « Cette procession dansante, dont P. Breughel nous a laissé des dessins si pleins de caractère et de vérité, existe encore de nos jours. Elle a lieu comme autrefois, à Epternach, le mardi de la Pentecôte, en l'honneur de saint Willibrod. » *Les démoniaques dans l'art,* p. 36.

plète qui se puisse imaginer de l'hystérie sous toutes ses formes (1).

Nous n'irons pas plus loin dans l'exposé de ces possessions démoniaques que les contemporains, à l'exception de Jean Wier, médecin du duc de Clèves, ne surent pas ou ne voulurent pas comprendre. Ce travail d'exégèse n'a été fait que de nos jours, et il a été fertile en enseignements de toute nature.

*
* *

Avec la Renaissance, si riche en documents figurés de premier ordre (fig. 7), l'hystérie reprend sa place dans les écrits médicaux, et Ambroise Paré (seizième siècle) consacre à la *suffocation de matrice* des pages fort intéressantes que nous avons pu utiliser dans la description que nous avons donnée des *attaques de sommeil hystérique* (1888). La matrice est toujours le siège du mal, et le respect des anciens est si outré que Fernel (seizième siècle) reprochera à Galien d'avoir dit que la matrice ne se déplaçait pas pour produire la crise hystérique.

A cette même époque de scolastique, Mercurialis, Baillou, Forestus, ratiocinent à qui mieux mieux. Ce dernier, partisan absolu de la théorie de Galien sur la rétention du fluide séminal chez la femme comme cause de l'hystérie, s'est rendu célèbre par l'acharnement qu'il a mis à vanter les bienfaits de la confrication de la vulve pendant l'attaque.

Le dix-septième siècle, à son aurore et à son déclin, devait produire deux hommes dont les travaux sur l'hystérie, par la hauteur des vues qui y sont émises, forcent encore notre admiration.

En 1618, un médecin français, Charles Lepois (Carolus

(1) Sœur JEANNE DES ANGES : *Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la bibliothèque de Tours;* annoté et publié par les Drs LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE ; *préface de M. le professeur Charcot,* in-8° de 321 p. Paris, 1886, édit. Bourneville.

Piso), de Pont-à-Mousson, donnait, en quelques pages, un exposé de la névrose que les travaux les plus modernes ont surtout fait apprécier à sa juste valeur (1).

Il pose en principe l'opinion suivante, véritablement révolutionnaire pour l'époque : « *Hysterica symptomata vulgo dicta, omnia ferè viris cum mulieribus communia sunt.* »



Fig. 7. — *Saint Philippe de Néri délivrant une possédée.* — Groupe dans une fresque d'André del Sarte dans le cloître de l'*Annunziata*, à Florence.

Il rompt avec le passé, s'excusant d'être en contradiction avec tant d'hommes illustres ; mais, « dût sa modestie en souffrir », il lui faut obéir à la voix de l'expérience et aussi à celle du raisonnement.

(1) *Caroli Pisonis selectionum observationum et consiliorum de prætervisis hactenus morbis, effectibusque præter naturam ab aquâ seu serosa colluvie et diluvie ortis, liber singularis.* — *Ponte ad Monticulum*, in-4°, 1618. Ce livre eut un grand nombre d'éditions, y compris celle que donna Boerhaave. Nous nous sommes servi de celle de Leyde (Lugduni Batavorum), in-12, 1650.

Avec lui, l'utérus se trouve dépossédé; son rôle est fini, ce sont les nerfs qui dominent la scène, ce que démontrent les faits et le raisonnement.

« *Quoniam igitur, in hysterica suffocatione, totum convellitur et rigescit corpus, principium sanè nervorum patiatur necesse est.* »

On accuse, avec Galien, la rétention du sang menstruel de produire l'hystérie. Mais que dire de cette *nobilissima virgo* atteinte d'hystérie très tenace, au point de ne pouvoir respirer, et dont cependant les règles étaient parfaites? Bien plus, outre ses règles, elle avait des hémorroïdes qui fluaient, *satis liberaliter*. La rétention du sang menstruel doit prendre rang parmi les légendes, car l'hystérie existe chez des petites filles non réglées, chez des vierges qui ne le sont plus, chez des femmes qui le sont beaucoup trop, au point de rendre vingt livres de sang à chaque époque, et, ajoute-t-il, « je ne parle pas des mâles ».

Cependant, il voudrait bien rester d'accord avec Hippocrate, qu'il vénère. Mais la rétention de la semence féminine n'est pas plus admissible, comme cause productrice de l'hystérie, que la rétention du flux menstruel. Il a vu beaucoup de fillettes (*puellulæ*) hystériques avant douze ans, qui ne pouvaient retenir la semence qu'elles ne formaient pas encore. Cette fameuse semence, en a-t-on assez abusé! « J'ai vu, dit-il, des jeunes filles hystériques se marier, concevoir, et rester hystériques, et, bien plus, *eadem experiri accidentia vel in mediis virorum amplexibus.* »

Il ne faut accuser, dans la production de l'hystérie, ni l'utérus, ni le ventricule, ni un autre viscère, mais bien la tête; le cerveau est pris, non par sympathie, mais par idiopathie. Quant au phénomène primordial, il consiste dans l'infiltration du cerveau par la *colluvies serosa*, ou son épanchement ventriculaire.

Au point de vue clinique, Charles Lepois voit, nous l'avons dit, l'hystérie masculine et infantile; il donne une assez bonne description des troubles sensoriels prémoni-

toires de l'attaque : obnubilation de la vue, de l'ouïe, perte de la voix; il indique nettement la constriction des tempes; peut-être entrevoit-il l'accès à forme de migraine ophthalmique; en tout cas, il note très exactement la salivation (plusieurs livres) à la fin de l'accès chez l'homme et chez la femme; il connaît la paralysie des membres supérieurs et inférieurs. Enfin le tremblement hystérique ne lui est pas inconnu, au moins comme phénomène précurseur de la paralysie (p. 190) :

« *Sed et annotavi, hoc anno, in altera ingenua vicina nostra de qua antè, quæ, à secundo paroxysmo, tremorem brachiorum insignem passa est, tertio tandem in paralysim eorumdem incidit.* »

Peut-être rapproche-t-il un peu trop l'hystérie de l'épilepsie, ce qui prouve certainement qu'il a vu des cas d'*hystéro-épilepsie,* quelle que soit l'interprétation qu'on donne à ce terme.

Les idées de Ch. Lepois eurent un grand retentissement; elles soulevèrent, ainsi qu'on devait s'y attendre, d'ardentes controverses et furent l'origine du débat passionné qui, à la fin du dix-septième siècle, s'éleva entre Willis, soutenant l'origine nerveuse de l'hystérie, et Highmore, qui croit encore à son siège viscéral, bien que l'utérus ne soit plus exclusivement en cause. Mais l'opinion du médecin de Pont-à-Mousson devait être consacrée par les observations du grand Sydenham, dont la lettre à Guillaume Cole (1681) est certainement ce que les siècles qui ont précédé celui-ci nous ont laissé de meilleur et de plus complet sur l'hystérie (1).

L'affection hystérique est très fréquente ; elle frappe un très grand nombre de femmes, épargnant seulement celles qui mènent une vie dure et laborieuse. Comme elle atteint également les hommes, particulièrement ceux qu'on a l'habitude de traiter d'hypocondriaques, il est clair que son siège ne saurait être dans la matrice. Deux siècles plus

(1) *Médecine pratique de Sydenham,* trad. Jault, 1799, p. 473 et suiv.

tard, M. Charcot, étudiant l'état mental des hystériques mâles, montrera combien il se rapproche de celui qu'on attribuait à l'hypocondrie.

L'hystérie « imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain; car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. Et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. »

C'est ainsi que certains de ses accidents ressemblent à l'apoplexie; que ses convulsions peuvent simuler celles de l'épilepsie. Puis, Sydenham étudie avec un égal bonheur : le clou hystérique, la toux, les vomissements, l'œdème, l'odontalgie, la rachialgie. Il faudrait citer tout l'article, qui, tous les jours, devient de plus en plus compréhensible à la lueur des découvertes les plus récentes.

Quant à la cause, elle « provient du désordre ou mouvement irrégulier des esprits animaux, lesquels se portant impétueusement et en trop grande quantité sur telle ou telle partie, y causent des spasmes ou même de la douleur quand la partie se trouve douée d'un sentiment exquist et troublent les fonctions des organes, tant de ceux qu'ils abandonnent que de ceux où ils se portent, etc. ».

Nous aimons mieux la clinique que la théorie, qui cependant place le siège de l'hystérie dans les centres nerveux. Pour ce qui est du traitement, il consiste surtout à fortifier le sang; on ne saurait, à ce sujet, trop conseiller l'usage des martiaux.



Il est pénible de constater que l'œuvre admirable de Sydenham fut totalement méconnue de ses contemporains, et nous pourrions ajouter qu'il faut arriver en 1859 pour la voir, avec Briquet, appréciée à sa juste valeur. Dans un

éclair de génie, il avait vu tant de choses et des choses si singulières et si révolutionnaires au premier chef, qu'il resta presque totalement incompris.

Aussi, à part quelques esprits d'élite qui n'atteindront jamais la hauteur de vues du médecin anglais, *les auteurs du dix-huitième* et de la première moitié du *dix-neuvième* vont-ils se perdre dans des discussions oiseuses et surannées qui seront désastreuses pour l'évolution scientifique de l'hystérie.

Sydenham avait eu le grand sens clinique de ne pas trancher d'une façon qui, pour être absolue, eût été arbitraire, les limites qui séparaient l'hystérie de l'hypocondrie, dans laquelle il faisait entrer l'hystérie masculine. Stahl (1724) donne, lui aussi, une description du « *malum hysterico-hypocondriacum* », mais en l'entourant de telles interprétations qui visaient à être physiologiques, que les idées anciennes, qu'on pouvait croire rejetées pour toujours, ne tardaient pas à reprendre victorieusement le dessus.

Hoffmann en effet, dès 1730, revient plus que jamais à la rétention de la liqueur spermatique chez la femme et à toutes les opinions de même farine.

« A la lecture d'Hoffmann, dit Briquet (1), on se demande comment il a pu se faire que cinquante ans après Sydenham, qui avait sur l'hystérie des idées si simples, il ait pu se trouver un auteur éminent, capable de négliger la voie de la simple observation pour retomber dans les vieilles idées des temps passés. On ne peut en trouver la raison qu'en regardant Hoffmann comme un homme de cabinet, qui ne voyait de malades que dans sa pratique particulière. »

Il ne faut cependant pas oublier qu'Hoffmann rapporte une observation d'hystérie masculine chez un jeune homme de seize ans que Louyer-Villermay, l'auteur du dix-neuvième siècle, le plus néfaste en matière d'hystérie, considérera d'ailleurs comme une erreur de diagnostic.

(1) *Traité clinique et therapeutique de l'hystérie,* 1859, p. 579.

Cette notion de l'hystérie masculine n'est du reste pas totalement perdue ; car, en 1758, Raulin, qui mérite d'être consulté à plus d'un titre, en parlait en ces termes : « Si les médecins qui pensent que l'hystérie vient de l'utérus vivaient parmi nous, ils seraient surpris de voir, comme nous le voyons tous les jours, des hommes vaporeux ayant une sensation de boule semblable à celle que les femmes hystériques ont dans le bas-ventre. »

Robert Whytt (1), qui, à l'instar de Sydenham, rapproche l'hypocondrie de l'homme de l'hystérie de la femme, considère également la névrose comme une maladie générale. « On doit remarquer, dit-il (p. 393), que chez les femmes, les symptômes que l'on nomme communément hystériques sont moins souvent l'effet de l'état maladif de la matrice que d'autres vices qui ont leur siège dans quelques-unes des autres parties du reste du corps. En effet, les filles ne sont-elles pas souvent exemptes des maladies de ce genre, tandis que des femmes mariées et même des femmes qui jouissent d'une très bonne santé pendant leur grossesse et accouchement facile, sont quelquefois tourmentées de maladies hystériques? Ajoutez à cela que les femmes qui sont parfaitement réglées, et dont la matrice est saine et sans la plus petite incommodité, ne sont pas toujours exemptes des maux hystériques ; tandis que des tumeurs squirrheuses, et d'autres maladies de ce viscère qui font beaucoup souffrir, ne sont souvent point sujettes aux maladies hystériques, ou du moins n'en ont pas les plus fâcheux effets. Enfin, en ouvrant après la mort des femmes qui avaient souffert longtemps et beaucoup des maladies de ce genre, on a fréquemment trouvé la matrice dans un état sain. »

Sauvages, en 1760, s'occupe beaucoup plus de classer l'hystérie que d'en rapporter exactement les symptômes. Sous ce rapport, il ne se montre guère plus clinicien qu'Astruc (1761). Toutefois, il est heureusement beau-

(1) *Les vapeurs et les maladies nerveuses, hypocondriaques ou hystériques*, t. I, 1767. Trad. Lebègue de Presle.

coup plus sobre d'appréciations que ce dernier, dont les opinions dans la matière sont aussi fastidieuses qu'inexactes.

L'ouvrage de Pomme (1) (1760-1782), qui eut un grand retentissement, est beaucoup plus important que les précédents. L'auteur a beaucoup vu, et il donne un certain nombre d'observations fort intéressantes, parmi lesquelles nous relevons un cas nettement qualifié d'*hémoptysie hystérique* (t. I, p. 190). Il s'occupe spécialement du traitement par l'eau froide et les bains prolongés, et prescrit un régime diététique adoucissant pour se conformer à sa théorie du « raccornissement et du dessèchement des nerfs », à laquelle il accorde des développements qui paraissent aujourd'hui singulièrement oiseux. On trouvera encore dans son ouvrage quelques considérations intéressantes sur l'emploi de l'*électricité*, qui venait de faire son apparition dans le domaine médical (t. I, p. 257).



Nous avons hâte d'en arriver maintenant aux auteurs du commencement de ce siècle, dont le premier en date, Louyer-Villermay (2), écrivit, en 1816, un *Traité* qui exerça la plus néfaste influence.

Il combat avec acharnement l'hystérie masculine; les observations de Willis et d'Hoffmann sont des erreurs de diagnostic et doivent être rapportées à l'hypocondrie (p. 4). Il s'étonne comment l'opinion de Lepois, de Willis, de Sydenham et de Boerhaave ait pu l'emporter sur l'autorité d'Hippocrate et de Galien. « Les causes les plus fréquentes de l'hystérie sont la privation des plaisirs de

(1) *Traité des affections vaporeuses des deux sexes.* 2 vol. in-8°. 6e édit. an VII.

(2) *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie.* 2 vol. in-8°, 1816. Ce traité n'est que l'amplification de sa thèse inaugurale. Paris, an X (1802).

l'amour, les chagrins relatifs à cette passion et les dérangements de la menstruation. » (T. I, p. 118.)

« Ce traité, dit Briquet (p. 587), devrait dater de 1500 plutôt que de 1816. Que penser en effet d'un auteur qui, en plein dix-neuvième siècle, admet l'existence du sperme chez la femme, tout en reconnaissant qu'il n'y a pas d'organes chez les femmes pour opérer la sécrétion de cette liqueur; qui admet un tempérament utérin, une pléthore spermatique, qui revient aux pérégrinations de l'utérus et qui consacre tout son ouvrage à faire de l'hystérie une maladie de lubricité, une affection honteuse, et à rendre les hystériques des objets de dégoût ou de pitié? Louyer-Villermay n'a fait de cette névrose qu'un portrait de fantaisie pris sur cette classe de la société que l'on appelle actuellement le demi-monde, et l'on ne trouve dans son ouvrage aucune idée juste, aucun fait d'observation exacte et aucune bonne règle de traitement. »

Les dissertations creuses de Louyer-Villermay ne tardaient pas à être jugées à leur plus juste prix par Georget, « ancien interne de première classe de la division des aliénées de l'hospice de la Salpêtrière ». Chargé de ce service, qui devait être si fructueux pour l'histoire de l'hystérie, Georget n'avait pas perdu son temps à théoriser. C'est un observateur de premier ordre qui ne s'attache qu'aux faits; de plus, il ne sait guère entourer de formules académiques les opinions qu'ils lui inspirent (1).

« L'idée de placer le siège des phénomènes prétendus hystériques dans l'utérus, dit-il (t. II, p. 239), me paraît si absurde et si ridicule, que je ne chercherais point à la combattre, si elle n'était regardée comme une vérité par tous les auteurs modernes qui ont écrit sur l'hystérie; je me contenterais d'une simple exposition des faits comme du meilleur antidote contre l'erreur. »

Après un historique rapide, il en arrive à l'ouvrage « du docteur Louyer-Villermay, praticien distingué et membre

(1) *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau. — Recherches sur les maladies nerveuses.* — Paris, 2 vol. in-8°, 1821.

de l'Académie royale de médecine. La première fois que je lus cet ouvrage, dit-il, je me demandai si ce médecin avait observé la maladie qu'il voulait faire connaître, s'il ne l'avait pas observée fort légèrement, ou bien, enfin, s'il plaçait les fonctions du cerveau, le siège de la pensée et des mouvements volontaires dans l'utérus. Depuis, la réflexion m'a fait penser que M. Louyer-Villermay, ayant peut-être eu envie de se distinguer des auteurs les plus immédiatement ses prédécesseurs, des célèbres Pomme et Whytt, Raulin et Sydenham, etc., qui avaient abandonné l'erreur hippocratique, crut sans doute qu'il valait mieux marcher seul loin du sentier de la vérité que de s'en rapprocher à la suite des autres. »

Et ce n'est pas une chicane doctrinale qu'il cherche à son adversaire. Ayant vécu au contact des hystériques, il émaille son argumentation d'aperçus cliniques de première importance.

M. Louyer-Villermay, ajoute-t-il, nie l'hystérie chez l'homme. Mais pourquoi dit-il que ceux-ci peuvent être atteints « de mouvements convulsifs *très analogues* à ceux qui *caractérisent* l'hystérie »? Ne convient-il pas que la boule hystérique existe aussi bien chez l'homme que chez la femme?

Puis il trace une bonne description clinique de l'attaque et, le premier, donne la caractéristique de l'*état second* ou somnambulisme hystérique. « Dans le délire suivant, dit-il (t. I, p. 273), elle se souvenait de tout ce qu'elle avait dit dans le précédent. »

Les éléments de son diagnostic différentiel de l'hystérie avec l'épilepsie méritent d'être rapportés; ils sont encore de notion courante dans le vieil hospice où il observait. « Les malades et les gouvernantes de la Salpêtrière, dit-il (p. 393), attachent surtout beaucoup d'importance aux trois caractères suivants de l'épilepsie : le défaut de symptômes précurseurs, la perte complète de connaissance et la distorsion de la bouche ainsi que l'état des yeux. Elles disent d'une prétendue hystérique qui devient épileptique

qu'elle commence à *rire de côté* et à *tourner de l'œil*. Ce sont en effet les trois principales circonstances différentielles de ces deux maladies. »

Georget ne pouvait manquer d'observer à la Salpêtrière des cas d'hystéro-épilepsie, ce qui lui a fait dire que, parfois, l'épilepsie n'était qu'un degré plus avancé de l'hystérie; mais pas plus que Louyer-Villermay parlant de l'*hystérie épileptiforme* (p. 211), il n'a saisi les liens qui rapprochent et différencient à la fois les deux névroses. C'est à M. Charcot qu'il était réservé, comme nous le verrons bientôt, d'apporter la pleine lumière dans ce litige qu'aucun auteur avant lui n'avait su trancher.

Son traitement est aussi pratique que ses doctrines sont marquées au coin de la plus saine clinique. Il prescrit les exercices musculaires, qui ne devront pas aller jusqu'à la fatigue ; bonne alimentation ; éviter les phénomènes d'excitation cérébrale ; tonifier à l'aide des bains froids en été, à peine tièdes en hiver. Chemin faisant, il décrit le procédé de contention des attaques actuellement encore en usage à la Salpêtrière.

Mais, surtout, il faut se garder de toute exagération dans le traitement. « Mais que faire donc? me demanderez-vous, il faut bien ordonner... — Ah ! je vous entends ; vous voulez user de moyens moraux sous forme de médicaments ; dès lors, faites comme le célèbre Tronchin ; ordonnez des pilules de mie de pain et autres substances de même énergie ; faites prendre pour boisson de l'eau et autres tisanes de pareille vertu ; mais n'allez pas exaspérer le mal, incendier l'estomac ou le cerveau de vos malades pour le plaisir ou le besoin de faire des ordonnances. »



Après l'opinion si sensée et si nettement exprimée de Georget, il était permis d'espérer que l'hystérie, retrouvant la voie que lui avaient tracée Ch. Lepois et Sydenham, allait enfin évoluer vers sa phase expérimentale. Il n'en

fut rien : l'hystérie va devenir un sujet de concours académique favorisant les compilations de cabinet et les productions hâtives, et de plus, Louyer-Villermay, représentant de la science officielle, à la fois juge et partie, ne mourra qu'en 1838.

Ce fut la Société de médecine de Bordeaux qui ouvrit la lice en mettant au concours la question suivante : « *Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, le siège, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hypocondrie et de l'hystérie, et faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies.* »

On s'étonnera peut-être de voir l'hypocondrie et l'hystérie s'associer ou mieux s'accoler l'une à l'autre dans les discussions ou les questions de concours. Au fond c'est toujours la vieille question de l'hystérie masculine qui couve sous la cendre et travaille inconsciemment l'esprit des juges et des concurrents ; c'est elle que, en 1838, Hufeland (1) tranchera en ces termes, ne croyant probablement pas émettre une aussi grande vérité : « L'hypocondrie et l'hystérie ne diffèrent pas essentiellement l'une de l'autre ; il n'y a entre elles qu'une différence sexuelle. L'hypocondrie est la forme que la maladie revêt chez les hommes, et l'hystérie celle sous laquelle on la rencontre chez les femmes. »

Ce fut Dubois (d'Amiens) qui remporta le prix. Son mémoire, publié en 1833 sous forme d'un *Traité philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie,* n'est en résumé qu'une bonne compilation. La névrose est exclusive à la femme, « *hysteria solis feminis propria est* » ; elle règne pendant la période utérine de la vie, « *urget intra pubertatem et menstruorum cessationem* » . Cependant il fait preuve d'un certain éclectisme au point de vue du siège causal, bien que incontestablement il incline vers la théorie utérine. On y trouve surtout un historique étendu et souvent

(1) *Enchiridion medicum,* p. 214, 1838.

impartial de l'hystérie et de l'hypocondrie auquel tous les auteurs ont fait de nombreux emprunts.

C'est encore à un concours que sont dus deux *Traités de l'hystérie* qui parurent en 1846 et en 1847. En 1845, l'Académie de médecine proposait la question de l'hystérie pour le prix Civrieux et récompensait *ex æquo* Brachet, de Lyon, et Landouzy, de Reims. Les deux ouvrages étaient pourtant d'allures bien différentes, avec des qualités et des défauts personnels très accentués.

Brachet, déjà l'auteur d'un *Traité de l'hypocondrie,* traite la question en écrivain qui ne craint pas les redites. L'hystérie est une maladie générale dont l'origine nerveuse lui paraît indiscutable; partisan de la névrose chez l'homme, il nous montre quel était à cette époque l'état de la science sur un sujet si controversé. « Cette opinion, dit-il (p. 194), restait flottante entre les opinions de la névrose générale et de la névrose spéciale de l'utérus, lorsque Georget vint déclarer, avec toute l'assurance de la conviction, que l'hystérie avait son siège dans le cerveau, et non dans l'utérus, et que les hommes y étaient sujets aussi bien que les femmes. Quelque temps après, M. Trolliet, médecin distingué de Lyon, et qui, aujourd'hui, jouit à Alger d'une réputation justement méritée, vint aussi, par des faits puisés dans sa pratique et dans celle des hôpitaux, démontrer que la maladie était commune aux deux sexes. Plus tard, M. Brachet, de la même ville, observant sur le même sol, arriva aux mêmes conséquences, tout en reconnaissant la bien plus grande fréquence de la maladie chez la femme. Gardien dit avoir rencontré en l'an IX tous les signes de l'hystérie chez un cultivateur. M. Brachet en a recueilli un fait bien remarquable, publié par M. Voisin dans son ouvrage important sur les maladies mentales. M. Casimir Broussais a cité le cas d'un soldat qui, étant affecté d'une gastro-entérite, sentait comme une boule partir de l'abdomen et remonter jusqu'au haut de la poitrine. Le quatre-vingt-quinzième volume du *Journal général de médecine* en contient une observation publiée par le

docteur Hellis qui l'avait recueillie sur un jeune homme. M. Cerise vient encore ajouter son opinion à celle de tant d'autres, et il s'appuie sur un fait d'hystérie qu'il a recueilli chez un homme. MM. Mahot, Alègre, Ollivier, d'Angers, Billod, Scip. Pinel, Fabre, Muller, en ont aussi recueilli des faits bien circonstanciés.

« Qu'il nous soit permis d'ajouter à ces faits et à ces opinions une tradition vulgaire généralement répandue dans les campagnes; on y croit que l'homme est sujet à l'hystérie aussi bien que la femme ; mais, comme la dénomination de *mal de mère* y est consacrée pour désigner l'hystérie chez la femme, on lui donne le nom de *macle* lorsqu'elle attaque les hommes. Pour les gens de la campagne, le *macle* est ce qui caractérise l'homme.

« D'après de pareilles autorités et en aussi grand nombre, on devrait s'étonner que la question fût indécise. Cependant elle l'est encore pour quelques auteurs qui veulent que le siège exclusif de l'hystérie soit dans l'utérus et qui, par conséquent, nient sa possibilité chez l'homme en taxant les faits observés comme illusoires ou simplement hystériformes. »

Sous ce rapport, son concurrent au prix Civrieux, Landouzy (1846), se rapproche beaucoup plus de l'opinion de Louyer-Villermay. Partisan de la théorie utérine qu'il défend avec une vigueur et un talent incontestables, il ne croit guère à l'hystérie masculine. Discutant une à une les observations publiées, il en arrive aux conclusions suivantes que nous signalons sans les partager : « Ces observations sont donc, on le voit, trop peu nombreuses et surtout trop incomplètes pour mener à une conclusion rigoureuse, et il y aurait témérité à prononcer avec des éléments aussi insuffisants sur un des points les plus délicats de la science. »

Et il est certain que l'opinion publique était à cette époque pour Landouzy contre Brachet. Son traité de l'hystérie eut rapidement une deuxième édition, au succès de laquelle un talent tout personnel d'exposition ne fut certainement pas étranger.

*
* *

Combien n'est-il pas regrettable que ces auteurs instruits, de plus écrivains distingués, n'aient pas eu connaissance des *Leçons sur les affections nerveuses locales* (1) que Brodie, dix ans auparavant, avait publiées en Angleterre? Les quelques pages qu'il consacre à l'hystérie valent bien des volumes, et tous ses contemporains français semblent les avoir ignorées. M. Charcot s'était pour ainsi dire réservé de les mettre en valeur dans notre pays.

Non seulement Brodie admet avec Sydenham l'hystérie chez l'homme; mais, parlant de son essence à propos de la coxalgie hystérique, qu'il décrit de main de maître, il émet cette idée qui mérite de passer, dans la matière, à l'état d'aphorisme : « *Ce ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, mais c'est la volonté elle-même qui n'entre pas en jeu.* » Il étudie avec un égal bonheur : la rétention d'urine, les névralgies, la tympanite, le sein hystérique, et formule, le premier, la véritable thérapeutique des contractures et des paralysies, qui consiste surtout à établir un traitement inoffensif, ces affections guérissant le plus souvent d'elles-mêmes sous l'influence d'une vive impression morale.

En Allemagne, Romberg, Valentiner, Meyer, se montrent au contraire partisans de la théorie utérine comme point de départ de la maladie. Toutefois, ils font intervenir la réflectivité spinale dans l'interprétation de la plupart des phénomènes observés.

Nous passons rapidement, et à grand regret, sur le mémoire de Forget(2)(1847), qui fait de l'hystérie une affection du système nerveux, sévissant sur les deux sexes, chez

(1) *Lectures illustrative of certain local nervous affections.* Londres, 1837. Trad. franç. de D. Aigre, 1880. *Librairie du Progrès médical.*

(2) *Recherches cliniques sur les névroses. De l'hystérie. Gaz. méd. de Paris,* 1847, et brochure in-8° de 40 pages. Ce travail du professeur de notre ancienne Faculté de Strasbourg est des plus intéressants.

le pauvre comme chez le riche, en l'absence de toute lésion matérielle ou fonctionnelle des organes génitaux; sur l'opinion de Schutzemberger (1846), qui incrimine l'inflammation de l'ovaire, suivi en cela par Négrier (1858) et ultérieurement par Chairou (1870); nous reviendrons sur les recherches si précises de Duchenne, de Boulogne (1855), sur les phénomènes électriques dans les paralysies et contractures hystériques, pour en arriver au *Traité* de Briquet (1859), qui mériterait beaucoup mieux qu'une simple analyse.

P. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, placé à la tête d'un service « où depuis longtemps l'usage s'était établi de diriger les malades atteintes d'affections hystériques », recueillit les observations, au nombre de quatre cent trente, des sujets « qui se présentèrent dans ses salles, quels qu'ils fussent. Leurs antécédents, leur état actuel, le résultat du traitement furent enregistrés; les assertions des auteurs relativement aux grandes données de l'étiologie furent également soumises au contrôle de l'observation; tout enfin fut mis en œuvre pour que les choses vinssent des faits. » Dans ces conditions, Briquet crut « avoir eu l'occasion de voir à peu près tout ce qui peut se passer dans cette maladie ». (Préface.)

Cette dernière affirmation est certainement présomptueuse, mais il n'en reste pas moins que Briquet a beaucoup vu et que, souvent, il a fort bien vu. Tout ce qui touche aux « causes qui prédisposent à l'hystérie » a été traité de main de maître, et nous aurons de nombreux emprunts, en traitant de l'étiologie, à faire aux paragraphes consacrés à l'influence du sexe, de l'âge, de l'*hérédité,* de l'éducation, du milieu social, etc.

Dans un chapitre sur le siège et la nature de l'hystérie qui restera comme un modèle d'érudition et de bon sens, il rend, le premier, pleine et entière justice à Lepois et à Sydenham, rejette la théorie utérine, admet l'hystérie chez l'homme, dont il donne sept observations personnelles, repousse l'opinion des auteurs allemands et anglais

qui placent le siège de l'hystérie dans la moelle épinière, et conclut, après Brodie toutefois, « qu'elle doit être considérée comme une *affection dynamique* ».

Mais Briquet, qui, comme nous l'avons dit, croyait avoir à peu près tout vu, s'illusionne encore lorsqu'il croit avoir découvert les lois qui régissent l'hystérie, « lois qu'on pouvait déterminer ».

Son livre, en effet, n'est qu'un assemblage de chapitres où sont souvent fort exactement traités les différents phénomènes qu'il étudie; mais de lois générales qui relient cet ensemble si complexe, nous n'en voyons point, et leur découverte va tellement révolutionner la science de l'hystérie, que, à la lueur des connaissances actuelles, le Traité de Briquet perd singulièrement de l'originalité qu'il lui attribuait lui-même.

Cette révolution devait être faite de nos jours, dans le vieil hospice où observait Georget, par M. le professeur Charcot et son école.



C'est en 1862 que notre maître prenait, à la Salpêtrière, possession du service qu'il devait illustrer. Chargé de la section des hystériques, ses premières recherches portèrent principalement sur la manifestation la plus fréquente de l'hystérie, sur l'attaque convulsive. La description qu'il en trouva dans les auteurs ne put le satisfaire ; cherchant toujours, il s'aperçut que cette complexité symptomatique avait ses lois, que l'attaque ne se composait pas simplement, brutalement, de convulsions incoordonnées. En 1868, commencèrent ses leçons cliniques, dans lesquelles il pouvait enfin donner la véritable caractéristique de l'attaque, établir ses lois, et fixer d'une façon définitive les rapports qui unissent l'hystérie et l'épilepsie.

Pour bien faire ressortir l'importance de ces notions nouvelles, il importe de jeter un regard en arrière et de traiter ici même, dans un chapitre consacré à l'historique,

ce qui, bien que récent, appartient désormais à l'histoire, car, aujourd'hui, pour ce qui regarde l'attaque, tout au moins, M. Charcot a cause gagnée, et la description qu'il en a donnée est devenue classique.

La question que nous allons exposer est restée longtemps reléguée au second plan, dans l'évolution de l'hystérie à travers les âges. Tous les anciens auteurs, à commencer par Hippocrate, nous l'avons vu, se sont efforcés de différencier l'une de l'autre l'hystérie et l'épilepsie; quant à les rapprocher, quant à chercher s'il était des liens qui pouvaient les unir, on n'y songeait guère, par la raison donnée que tous les efforts tendaient au diagnostic différentiel.

C'est probablement à ces préoccupations qu'obéissait Sydenham lorsqu'il écrivait (1) : « Quelquefois l'affection hystérique produit des convulsions horribles et qui ressemblent à l'épilepsie. Le ventre et la poitrine se gonflent et gênent la respiration, et la malade fait de si grands efforts que, quoiqu'elle ait, d'ailleurs, assez peu de forces, tous les assistants suffisent à peine pour la tenir. Durant ce temps-là, elle crie sans prononcer des paroles distinctes et articulées, et elle se frappe la poitrine. Cette sorte d'affection hystérique est communément appelée *suffocation de matrice,* et les femmes qui y sont sujettes ont le plus souvent un tempérament vigoureux et fort sanguin. »

Il est pourtant incontestable pour nous, à la seule lecture de cette description, que Sydenham connaissait l'hystéro-épilepsie, dont il trace si nettement les symptômes.

Charles Lepois, avant Sydenham, avait également dû envisager ces mêmes rapports, qui le conduisirent vraisemblablement à rapprocher les deux névroses aussi intimement qu'il le fait dans son livre.

A la même époque, Sennert ne décrivait-il pas l'*epilepsia ab utero ?*

Les auteurs qui suivirent furent encore plus explicites,

(1) *Op. cit.*, p. 477.

sans que, bien entendu, on doive leur attribuer plus qu'ils n'ont vu par rapport aux théories modernes.

Willis, un des premiers, relate un cas d'hystérie dégénérée en épilepsie. Cette transformation a été aussi mentionnée par Hoffmann : « *Spasmi violentiores, quales in malo hysterico, in epilepsiam desinunt* », — dit-il, — et par van Swieten : « *Interim tamen admodum hæc mala sunt, et passio hysterica sæpiùs observata fuit in epilepsiam mutari.* »

Pomme mentionne l'*épilepsie hystérique*, qui est, comme l'admettait Sennert, de l'épilepsie vraie, ordinaire, « ayant son point de départ à l'utérus ».

Pour Maisonneuve (1), au contraire, il y a toujours dans l'épilepsie hystérique un point de départ dans l'utérus, mais les symptômes restent ceux de l'hystérie. Lorsque ces mêmes symptômes se retrouvent chez l'homme, c'est l'épilepsie vaporeuse ou hypocondriaque que l'on observe.

La question que nous traitons n'a pas échappé à Louyer-Villermay (2) : « L'hystérie, dit-il, offre plusieurs variétés; les plus notables sont l'hystéricisme et l'*hystérie épileptiforme*. Celle-ci est surtout remarquable en ce qu'elle présente une analogie frappante avec l'épilepsie, mais elle en diffère, parce qu'elle ne se développe qu'aux approches de la puberté et jusqu'à l'époque critique, parce qu'elle est constamment influencée par les différents états de l'utérus, par la continence, par les plaisirs vénériens, par la grossesse, etc. ; enfin, elle se dessine aussi par des phénomènes hystériques, tels qu'un frémissement ou mouvement obscur vers l'utérus et, à la fin du paroxysme, des évacuations vaginales et l'émission d'une urine abondante, limpide, etc. »

Cette description est certainement ce qu'il y a de mieux dans l'ouvrage de Louyer-Villermay.

En 1825-1826, Casauvielh et Bouchet publient deux observations d'hystérie compliquée d'épilepsie. (*Archives gén. de méd.* — Déc. 1825 ; janv. 1826.)

(1) *Recherches et observations sur l'épilepsie.* Thèse de Paris (1803).
(2) *Op. cit.*, t. I, p. 211.

Désormais, nous allons voir apparaître une terminologie, née à la Salpêtrière, et qui a survécu jusqu'à nos jours. Nous dirons d'ailleurs si elle mérite d'être conservée.

En 1833, Alègre, dans sa thèse, avait parlé de l'*hystéro-épilepsie* (retenons ce terme) à accès complexes.

La même année, Beau (1), interne à la Salpêtrière, recueillait 273 observations d'épileptiques et d'hystériques qu'il analysa dans le tableau suivant, précieux à consulter, et dont nous soulignons les particularités qui nous intéressent.

ÉTAT GÉNÉRAL DES AFFECTIONS ÉPILEPTIQUES ET HYSTÉRIQUES.

Personnes ayant des attaques épileptiques seules. .	26
Guéries de leurs attaques.	2
Personnes ayant attaques et vertiges épileptiques. .	180
A qui il reste des vertiges.	7
Guéries entièrement.	4
Personnes ayant vertiges seuls.	13
Personnes ayant des attaques hystériques.	12
Guéries de ces attaques.	5
Personnes ayant *attaques hystériques et vertiges*. . .	1
A qui les vertiges restent.	1
Personnes ayant des *attaques épileptiques et hystériques :*	
Guéries entièrement.	1
A qui il reste des attaques épileptiques.	2
Personnes ayant des *attaques hystériques, épileptiques, des vertiges*	6
A qui il reste des vertiges.	1
Personnes ayant des *attaques composées de symptômes épileptiques et hystériques*.	4
Guéries.	2
Personnes ayant des *attaques composées de symptômes épileptiques et hystériques, plus des vertiges*.	4
Guéries entièrement.	1
A qui il reste des vertiges.	1
TOTAL.	273

(1) *Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'hystérie et de l'épilepsie. Arch. gén. de médecine*, 2ᵉ édit., t. II, 1836, p. 328.

Laissant de côté le point de vue purement statistique de ce tableau, pour ne voir que les faits, nous constatons nettement que Beau a parfaitement noté les diverses associations qui peuvent exister entre les symptômes des deux névroses; mais de la constatation à l'interprétation il y a loin. L'opinion de cet observateur sagace et minutieux est purement analytique, comme nous pouvons en juger par la phrase suivante, qui résume bien sa pensée dans toute sa simplicité : « On voit ensuite que la complication de l'épilepsie avec l'hystérie, ou l'hystéro-épilepsie, présente deux formes particulières : ou bien la même personne a des attaques épileptiques et hystériques séparées, ou bien ces attaques, toujours identiques, sont constituées par des phénomènes épileptiques et hystériques en proportion notable (p. 330). »

C'est l'opinion qui, jusqu'à Charcot, va être adoptée par tous les auteurs qui écriront postérieurement au travail de Beau : Esquirol, Landouzy, Delaferrière, et que Briffaut (1), étudiant lui aussi à la Salpêtrière, résumera plus succinctement en ces termes : A la Salpêtrière, « il est donné de voir l'hystérique devenant épileptique, restant l'une et l'autre, ce qui constitue l'hystéro-épilepsie, ou bien l'épilepsie dominant de plus en plus et anéantissant, en quelque sorte, l'hystérie primitive ».

C'est aussi l'opinion de Briquet (*op. cit.*, p. 399) : « L'hystérie peut se combiner avec l'épilepsie et constituer ce qu'on a appelé l'hystéro-épilepsie, *epilepsia uterina* de Sennert. Cette combinaison se produit de trois manières : tantôt l'épilepsie est la maladie primitive; tantôt c'est l'hystérie; tantôt, enfin, les deux maladies se sont développées simultanément, elles sont coévales. »

Et Dunant (2) ne diffère pas des précédents lorsqu'il écrit : « Le traitement de l'hystéro-épilepsie se fait d'après

(1) *Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie*. Thèse de Paris, 1851, p. 24.
(2) *Recherches et observations sur l'hystéro-épilepsie*. Thèse de Paris, 1863, p. 42.

les mêmes indications que celui des *deux névroses qu'elle réunit en une seule.* »

Les choses en étaient là lorsque, nous l'avons dit, au moment où paraissait la thèse de Dunant, en 1863, M. Charcot prit possession du service des hystériques à la Salpêtrière. Un examen approfondi, des observations faites pendant plusieurs années, lui démontrèrent nettement que l'hystérie et l'épilepsie ne se *combinaient* jamais, mais qu'elles pouvaient exister à l'état *isolé* chez le même individu. L'*hystéro-épilepsie,* malgré ses apparences, n'était que de l'*hystérie pure,* l'expression symptomatique convulsive la plus élevée de l'hystérie, l'*hysteria major,* la *grande hystérie,* mais rien de plus. Et il fondait son opinion sur une série d'arguments et de faits qui seront développés dans le courant de ce travail.

« A s'en tenir, dit-il (1), aux termes mêmes de la dénomination mise en usage, — *hystéro-épilepsie,* — il paraît ne pouvoir exister aucune équivoque. Cela veut dire que, chez les malades auxquelles ce nom est affecté, l'hystérie se montre combinée avec l'épilepsie de manière à constituer une forme mixte, une sorte d'hybride, composé mi-partie d'hystérie et d'épilepsie. Mais cette appellation répond-elle à la réalité des choses ? A ne les regarder qu'à la surface, il semble en être ainsi, puisque nous avons reconnu dans les attaques quelques-uns des traits de l'épilepsie. C'est de cette façon, du reste, que paraissent l'entendre la plupart des auteurs modernes. L'hystéro-épilepsie serait pour eux un mélange, une combinaison à doses variables, selon les cas, des deux névroses ; ce n'est pas seulement l'épilepsie, ce n'est pas seulement l'hystérie ; c'est à la fois l'une et l'autre. Telle est, je le répète, la doctrine la plus répandue... »

Cette doctrine, M. Charcot la repousse ; il n'y a pas d'*hybride* hystéro-épileptique : « *L'épilepsie ne serait là que*

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. I., p. 363. 3e éd., 1877. 13e Leçon, *De l'hystéro-épilepsie.* La première édit. est de 1873. Cette leçon fut faite en 1868.

dans la forme extérieure, elle ne serait pas dans le fond des choses. »

Cependant, et sous réserve de cette opinion si nettement exprimée, M. Charcot, pour ne pas rompre avec une terminologie déjà ancienne, continue à se servir du terme d'hystéro-épilepsie, et parfois de ceux d'hystéro-épilepsie à crises mixtes (hystérie) et d'hystéro-*épilepsie à crises séparées* (hystérie d'une part, épilepsie d'autre part, existant chez le même individu, sans se mélanger toutefois).

Mais il sentira le besoin de se débarrasser de ces termes compromettants, pouvant prêter à confusion, et il dira, s'adressant à ses élèves des *Leçons du mardi à la Salpêtrière* (1) : « Je voudrais, puisque l'occasion s'en présente, vous rappeler la grande différence qui existe, suivant moi, dans la forme, comme d'ailleurs dans le fond, entre l'attaque d'épilepsie et l'attaque d'hystéro-épilepsie.

« Mon respect pour la tradition m'a fait jadis maintenir cette dénomination d'hystéro-épilepsie, mais elle me gêne fort, je vous l'avoue, car elle est absurde. Voilà un malade qui est sous le coup de deux affections foncièrement différentes, et elles portent le même nom. *Il n'y a pas le moindre rapport entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie, même à crises mixtes.* »

C'est pourquoi nous n'emploierons jamais le terme d'hystéro-épilepsie, mais bien toujours celui d'hystérie, le seul véritablement rationnel.

La même leçon, faite en 1868 et publiée en 1873, contenait la description de l'attaque d'après des *lois* énoncées pour la première fois et que les publications ultérieures ne firent que confirmer. Elle renfermait aussi l'étude de l'*état de mal hystérique* opposé à l'état de mal épileptique, seul connu jusqu'alors.

Cette leçon mérite de rester historique, car les idées qu'elle exprime devaient révolutionner complètement l'étude de l'hystérie. Elle proclamait que l'hystérie est une

(1) 18e Leçon, 1888-1889, p. 424.

maladie *une* et *indivisible;* elle donnait les moyens presque certains de la différencier d'avec l'épilepsie, point délicat qui jusqu'alors avait toujours exercé la sagacité des observateurs. Mais comment eussent-ils pu différencier d'une façon précise deux maladies qui, dans leur opinion, pouvaient se confondre au point de se fusionner?

Nous entrons désormais dans la période tout à fait moderne de l'histoire de l'hystérie. Les opinions de Charcot, simplement exposées dans les articles presque contemporains de ses leçons écrits par Bernutz (1) et Jolly (2), confirmées dans les études magistrales de Bourneville et Regnard (3), de Paul Richer (4), vont soulever bien des controverses qui ne serviront qu'à mieux les mettre en valeur.

Il ne se passera pas d'années sans que le chef de l'École de la Salpêtrière ajoute de nouvelles acquisitions à ce domaine que Briquet croyait avoir complètement exploré. L'étude analytique et synthétique des stigmates permanents, l'hystérie masculine envisagée par des côtés complètement nouveaux, la discussion sur la pseudo-névrose traumatique, les phénomènes chimiques de l'hystérie, forment le bilan le plus récent de ses découvertes, pour ne parler que des plus marquantes.

L'impulsion qu'il donna à l'étude de l'hystérie fut considérable; cantonnée d'abord en France, autour de lui, parmi ses élèves, elle s'étendit peu à peu, rayonna dans tous les pays du monde. Elle produisit un nombre si considérable de travaux que nous ne suffirions même pas à les énumérer; les plus importants trouveront leur place au cours de notre description.

Toutefois, il nous faut mentionner ici même le remarquable article que M. le professeur Grasset (de Montpel-

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique,* t. XVIII, 1874.
(2) *Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. und Therapie,* t. XII, 1875.
(3) *Iconographie photographique de la Salpêtrière.* 3 vol. 1876-1880.
(4) *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie.* 1re édit., 1880; 2e édit., 1885.

lier) a consacré à l'*Hystérie* dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1888), et surtout la série de travaux originaux que M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de Bordeaux, a publiés sur la matière (1) ou qu'il a inspirés à ses élèves.

(1) M. Pitres a récemment (1891) réuni ses travaux en deux volumes de *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme,* que nous aurons bien souvent l'occasion de citer

CHAPITRE DEUXIÈME

ÉTIOLOGIE.

OPINION DE CHARCOT : L'HÉRÉDITÉ EST LA CAUSE PRIMORDIALE DE L'HYSTÉRIE. — Hérédité similaire; hérédité de transformation. — Opinions d'Hoffmann, de Georget, de Briquet, d'Hammond. — *L'hystérie est parfois une maladie familiale.*

L'HÉRÉDITÉ DANS L'HYSTÉRIE MASCULINE. — Batault et les lois de l'hérédité dans l'hystérie. — Bodenstein, Pitres, Bitot. — L'*hérédité nerveuse* est la seule cause primordiale. — Opinion de Grasset. — Rôle des associations morbides héréditaires. — La famille névropathique.

INFLUENCE DE L'AGE SUR L'ÉCLOSION DES PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES. — Enfants. — Adultes. — Vieillards. — Fréquence *réelle* de l'hystérie dans les deux sexes par rapport aux autres affections. — Fréquence *comparative* de l'hystérie dans les deux sexes. — Statistiques de Pitres, Marie, Souques. — *Statistiques personnelles du service de M. Charcot.*

La cause primordiale de l'hystérie, enseigne M. Charcot, est l'hérédité, que celle-ci soit *similaire :* mère hystérique, fille hystérique; qu'elle agisse par *transformation:* le ou les générateurs ou leurs ascendants étant atteints d'une *affection nerveuse* autre que l'hystérie elle-même. A côté de l'hérédité, il n'existe que des *agents provocateurs* de la névrose.

Il faut dire de l'hystérie ce qu'Hippocrate disait de l'épilepsie : « Elle a son principe dans l'hérédité, comme toutes les autres maladies; car si des parents phlegmatiques mettent au monde des enfants phlegmatiques, les bilieux des enfants bilieux, les phthisiques des enfants phthisiques; si ceux dont la rate est engorgée et dure ont des enfants dont la rate est engorgée et dure, rien n'empêche que les parents qui sont atteints de l'épilepsie aient des enfants qui en soient également atteints, puisque la semence émane de toutes les parties du corps, viciée si elle émane

des parties viciées, saine si elle émane des parties saines. »

Cette notion de l'hérédité de l'hystérie s'est perpétuée à travers les siècles, et rien n'est plus explicite à ce sujet que le passage suivant emprunté à Fréd. Hoffmann : « *In fœminis malum hystericum... in liberos per nativitatem transire, constantis semper et perpetuæ fuit observationis.* »

Mais c'est surtout dans ce siècle que l'hérédité, cause de l'hystérie, est étudiée sous toutes ses faces. « Les circonstances, dit Georget (1), qui prédisposent le plus à l'hystérie sont une influence héréditaire, une constitution nerveuse, le sexe féminin et l'âge de douze à vingt-cinq ans. La plupart des malades ont parmi leurs proches parents des épileptiques, des hystériques, des aliénés, des sourds, des aveugles, des hypocondriaques... »

Aucun auteur mieux que Briquet n'a étudié cette importante question. Mis en présence de nombreux malades, il s'est astreint à rechercher et à noter scrupuleusement leurs antécédents héréditaires, et il est arrivé, de ce fait, aux résultats suivants, que nous ne saurions mieux faire que de rapporter, tant ils sont pleins d'intérêt dans la question qui nous occupe. « On trouve, dit-il (*op. cit.*, p. 82), que pour 351 hystériques dont les familles composent un ensemble de 1,103 personnes, 430 hommes et 673 femmes, il s'est trouvé parmi les ascendants et les collatéraux 214 hystériques, 13 épileptiques, 16 aliénés, 1 delirium tremens, une paraplégie, 3 somnambules, 14 maladies convulsives et 10 d'apoplexie. En tout, 272 cas d'affections des centres nerveux pour 1,103 personnes ou près de 25 pour 100; et, comme il a existé un certain nombre de mères et de sœurs dont les antécédents n'ont pu être connus, et que, parmi elles, il s'en trouvait nécessairement quelques-unes atteintes de ces maladies, on peut donc porter le chiffre au nombre rond de 25 personnes atteintes d'affections de l'encéphale sur 100 parents, c'est-à-dire presque un quart. »

(1) *Dicttionnaire de médecine* en 30 volumes, art. *Hystérie,* t. XVI, p. 166. Paris, 1837.

Puis, étudiant l'*hérédité directe* chez les hystériques, il ajoute (p. 90) : « Les sujets nés de parents hystériques sont, par le fait de l'hérédité, douze fois plus prédisposés à l'hystérie que les sujets nés de parents non hystériques. Il est clair que plus l'hystérie aura eu d'intensité chez les parents, plus les enfants auront de chances de devenir eux-mêmes hystériques. La moitié des mères hystériques donne naissance à des hystériques. Une fille qui naît d'une mère hystérique a un peu plus d'une chance de devenir hystérique et moins de trois de ne pas le devenir. Enfin, dans la majorité des cas, il n'y a, dans une famille, que l'une des filles qui soit hystérique; dans un nombre un peu moindre il y en a 2, et dans un plus petit nombre encore il y en a 3. »

On peut donc dire qu'*il n'y a pas d'affection nerveuse* où l'hérédité directe se fasse plus vivement sentir que dans l'hystérie.

Parfois, l'hystérie peut revêtir à un degré encore plus avancé ce *caractère familial* que l'on retrouve si prononcé dans quelques affections du système nerveux, — la maladie de Friedreich, la myopathie atrophique progressive, — puisque Landouzy parle de 5 sœurs atteintes d'hystérie (p. 181), et que Bernutz (*op. cit.*, p. 196) a vu 6 filles nées d'un père épileptique en être atteintes. Nous avons nous-même, dans le service de M. Charcot, trouvé 4 filles hystériques sur 5 dans la même famille Schey...

La statistique de Briquet donnait 25 pour 100 d'antécédents héréditaires : cette proportion est presque *triplée* dans celle de Hammond. « L'influence héréditaire, dit cet auteur (1), est sans doute une importante cause d'hystérie. Mes statistiques ne sont pas complètes sur ce point; mais sur les 209 cas où j'ai pris des renseignements nécessaires, 131 avaient des mères, des tantes ou des grand'mères atteintes de cette maladie, et beaucoup parmi les autres avaient des parents atteints d'autres maladies nerveuses. »

(1) *Traité des maladies du système nerveux*, trad. Labadie-Lagrave, 1879, p. 870.

Comment s'expliquer après cela que Russel Reynolds ait pu écrire : « *Hereditary taint has not been shown to exert any marked influence in the development of hysteria* (1). »

*
* *

Les statistiques de Briquet se rapportant presque exclusivement à des femmes, il était intéressant de savoir quelle était, au point de vue de l'hérédité, l'opinion des auteurs qui se sont occupés de l'hystérie masculine.

Cette question a été traitée d'une façon magistrale par Batault dans sa thèse inaugurale (de Genève) faite dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière. A cette époque (1884-1885), M. Batault put rassembler 218 cas d'hystérie chez l'homme; mais, pour des raisons dans lesquelles le manque de précision dans les observations doit entrer en première ligne de compte, l'auteur, on le comprend, dut se borner à l'étude des seuls faits où les antécédents héréditaires étaient mentionnés.

« Sur un total de 218 cas, y compris les 9 observations publiées dans ce travail (2), dit-il (p. 25), les antécédents nerveux héréditaires ne sont mentionnés que 100 fois. C'est sur ce dernier nombre que porteront nos recherches actuelles, les autres cas étant éliminés d'eux-mêmes par leur défaut d'exactitude. Il est regrettable de voir cette grave question si fréquemment passée sous silence.

« L'hérédité pathologique a été constatée 77 fois et n'a pu être démontrée dans les 23 autres cas. Le calcul est tout à fait d'après ces données, et nous admettrons que 77 pour 100 des hystériques mâles sont issus de souches névropathiques sur lesquelles il ne saurait planer aucun doute. »

Puis, M. Batault, dans son excellente étude, se propose

(1) *A system of medicin*, edited by Russel Reynolds, art. *Hysterin*, t. II, p. 306. London, 1868.

(2) *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.* Paris, 1885. Steinheil, éditeur.

d'étudier les *diverses lois* de l'hérédité énoncées par Darwin et d'en faire l'application à l'hystérie masculine.

En ce qui regarde la *loi de l'hérédité directe et immédiate,* il fait remarquer que, dans les deux générateurs, « ce n'est pas toujours l'individu sain qui prédomine, bien au contraire, car dans la grande majorité des cas morbides, la transmission s'effectue chez l'enfant, alors que l'un seul de ses deux auteurs est malade.

« Les 77 malades prédisposés héréditairement que nous avons cités, dit-il, sont issus de 75 familles différentes. Deux fois nous sommes en présence de frères devenus hystériques simultanément ou à court intervalle. L'hérédité est directe dans 56 cas, c'est-à-dire que l'un ou l'autre des parents, ou bien les deux, avaient une tare nerveuse. C'est donc sous la forme héréditaire la plus simple, par transmission immédiate aux descendants, que la névrose se propage le plus souvent. »

En ce qui regarde la *loi de prépondérance dans la transmission des caractères,* il note que « sur les 56 cas d'hérédité directe précitée, la mère seule était hystérique ou nerveuse 35 fois. Le père et la mère avaient, chacun de leur côté, des troubles nerveux dans 12 cas, et dans les 9 restant le père paraît seul avoir présenté des antécédents névropathiques.

« L'influence prépondérante de la mère est mise en lumière avec une grande évidence par ces chiffres, qui sont dans le rapport de 4 à 1 environ. Il s'agit donc surtout ici d'*hérédité croisée.* »

Mais, ajoute-t-il, « nous nous garderons bien de conclure que l'hérédité croisée est la règle pour l'hystérie, car les auteurs qui se sont occupés de cette maladie chez la femme, où sa fréquence est bien supérieure, sont arrivés à des résultats contraires aux nôtres à ce point de vue. C'est encore la mère qui, le plus souvent, est nerveuse. De là nous inférons qu'avant tout, c'est la nature de la maladie qui détermine sa transmissibilité... L'hystérie étant beaucoup plus commune chez la femme que chez

l'homme, c'est elle qui, dans la majeure partie des cas, la perpétuera dans sa famille ; mais ce n'est qu'une question de fréquence, car le père peut jouer aussi le même rôle vis-à-vis de ses enfants (1). »

Puis, se plaçant au point de vue de l'hérédité similaire et de l'hérédité de transformation, il ajoute :

« A ce sujet, voici comment se répartissent les antécédents des 35 malades pour lesquels l'hérédité maternelle seule paraît devoir être invoquée :

« 16 mères hystériques,

« 17 mères impressionnables, névralgiques ou migraineuses,

« 2 mères épileptiques.

« L'hérédité de métamorphose se manifeste dans 19 cas, et celle de similitude dans 16, près de la moitié.

« L'hérédité homologue reste donc la loi dans l'hystérie masculine comme dans l'hystérie féminine. »

Étudiant la *loi de l'hérédité en retour ou médiate, atavisme*, il montre qu'elle est applicable à l'hystérie, en proportion moindre toutefois que l'hérédité directe ; « l'atavisme, dit-il, devient un corollaire nécessaire de la loi générale, car partout où l'hérédité règne en maîtresse, ses conséquences secondaires peuvent et doivent se montrer ». C'est ainsi que l'hérédité peut sauter une génération ou ne sévir que sur les collatéraux des sujets atteints, les générateurs restant indemnes.

Nous reviendrons, en parlant de l'époque d'apparition de l'hystérie, sur la *loi de l'hérédité aux périodes correspondantes de la vie*, et nous envisagerons bientôt l'*hérédité pathologique générale dans ses rapports avec l'hérédité masculine.*

En 1889, M. Bodenstein (2), analysant les faits de maladies nerveuses observées à la polyclinique des professeurs Mendel et Eulenburg, a trouvé sur 11,225 cas 1,224 hystériques, dont 122 hommes. « L'hérédité, lit-on dans cet

(1) MM. Charcot et G. Guinon nous ont récemment communiqué l'observation d'un hystérique mâle dont le père était lui-même hystérique. (G. T.)

(2) Hysterie beim mannlichen Geschlecht. *Inaug. Dis.* Wurtzbourg, 1889.

intéressant Mémoire, se montre encore plus souvent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. »

Dans un travail très récent, M. Bitot (1), étudiant l'*hystérie mâle dans le service de M. le professeur Pitres*, de Bordeaux, rapporte 22 observations inédites d'hystérie chez l'homme. Dans 3 cas, les investigations au point de vue de l' « hérédité névropathique » furent négatives ; dans 17 autres, elles furent positives ; chez les deux autres sujets, le père était alcoolique. Dans 5 cas, Bodenstein avait aussi noté l'alcoolisme et la syphilis.

Enfin, dans un travail dont nous reparlerons, M. Souques (2), rapportant 26 cas d'hystérie masculine, dit : « M. Charcot a montré le rôle prépondérant et nécessaire de l'hérédité dans les maladies du système nerveux. L'hystérie n'échappe pas à cette loi générale. Dans la plupart des cas que nous avons relevés, nous avons noté des antécédents nerveux héréditaires... Connu ou inconnu, l'atavisme n'en existe pas moins. L'hystérie, en résumé, quel que soit l'agent provocateur, ne germe que sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse. »

Si, maintenant, nous envisageons l'*hystérie chez les enfants*, nous voyons que c'est là surtout que l'hérédité prédomine, l'hérédité directe en particulier.

« En résumé, dit Briquet (p. 86), sur 80 cas d'hystérie chez des enfants de un à douze ans, il s'est trouvé 58 cas d'hystérie chez les parents, 2 cas d'aliénation mentale, 3 cas d'épilepsie. Cela donne une proportion de 28 1/2 pour 100 de parents hystériques, épileptiques ou aliénés. »

Et Peugniez, qui signale ces faits (3) en y ajoutant de nouvelles observations prises à la Salpêtrière, termine en disant : « L'hystérie infantile relève de l'hérédité dans une proportion plus considérable encore que l'hystérie des adultes... Cette grande loi de l'hérédité, si fatale pour les

(1) Thèse de Bordeaux, 1890, p. 135.

(2) *De l'hystérie mâle dans un service hospitalier* (hôpital Broussais, 1889). *Arch. gén. de médecine,* août 1889, p. 168.

(3) *De l'hystérie chez les enfants*. Thèse de Paris, 1885, p. 21.

adultes, paraît l'être encore davantage pour les enfants. »

Aussi, nous basant sur tous ces faits, ne saurions-nous mieux faire que de conclure avec Déjerine (1) : « S'il est une névrose dans laquelle l'hérédité ne fasse pas l'ombre d'un doute, dans laquelle elle domine toute l'étiologie, c'est assurément l'hystérie (2). »

*
* *

Des faits que nous venons d'exposer, il résulte nettement que l'hystérie appartient au premier chef à la famille névropathique ; mais en dehors de cette hérédité névropathique elle-même, est-il possible de faire intervenir un autre facteur héréditaire ?

Nous avons vu que Bitot, Bodenstein, et d'autres auteurs si nous voulions pousser plus loin l'analyse, notaient dans les antécédents héréditaires des sujets atteints d'hystérie, des manifestations, ou mieux des facteurs d'un autre ordre, l'alcoolisme et la syphilis, par exemple. Ces agents doivent-ils être considérés comme simplement *provocateurs* ou *primordiaux ?* Telle est la question que nous devons désormais aborder.

Cette question est beaucoup plus complexe, sinon plus importante qu'elle n'en a l'air au premier abord ; elle ne tend rien moins qu'à faire admettre ou rejeter la notion

(1) *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Thèse d'agrégation, 1886, p. 116.

(2) Comme exemple d'hérédité, nous citerons les antécédents suivants, qui sont ceux d'un malade de vingt-deux ans, israélite, lequel figure dans notre mémoire (en coll. avec M. Dutil) *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. Nouv. Icon. de la Salp.*, 1889, p. 253. — Cah..., vingt-deux ans, employé de commerce (?), hystérique ; père alcoolique, mère hystérique : cinq frères, dont deux sont névropathes ; le *premier* est hystérique, a eu une contracture à forme hémiplégique qui, après avoir duré deux mois, a disparu brusquement ; le *second* est mégalomane, se croit un grand politique socialiste ; sept *sœurs :* une morte de méningite en bas âge ; une hystérique à grandes attaques et hypnotisable a séjourné dans le service de la clinique pendant deux ans, en 1879 et 1880 ; une hystérique à attaques. — (G. T.)

d'hybridité qui se pose encore devant les associations si fréquentes de l'hystérie avec les autres maladies.

Pour la résumer en quelques mots, nous dirons : L'arthritisme, la tuberculose des générateurs, par exemple, sont-ils susceptibles d'engendrer l'hystérie chez les descendants ?

Nous ne le croyons pas, et paraphrasant le passage d'Hippocrate déjà cité, nous dirons : Les épileptiques engendrent des épileptiques, les hystériques engendrent des hystériques, les arthritiques donnent naissance à des rhumatisants ; mais rien n'autorise à admettre que ces diverses hérédités se fusionnent dans l'espèce pour produire l'hystérie, alors même qu'on constate si souvent leur association.

Cette opinion a cependant été défendue avec un véritable talent par M. Grasset, qui, dans la circonstance, nous semble avoir fait surtout à l'hystérie une application doctrinale d'idées qui lui sont chères.

Étudiant les *rapports de l'hystérie avec les diathèses* en général, et *spécialement avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse,* il écrit (1) : « La tuberculose est, comme toutes les diathèses, une maladie essentiellement générale et constitutionnelle ; la phthisie pulmonaire est une des manifestations de cette maladie, elle n'en est pas la seule. Les névroses en général, l'hystérie en particulier, peuvent aussi être la manifestation directe de l'affection diathésique.

« De même que la chorée est souvent de nature rhumatismale, et l'angine de poitrine de nature goutteuse, de même l'hystérie peut être de nature tuberculeuse, le mot *tuberculeux* ayant ici son sens nosologique et nullement son sens anatomique...

« Ce que nous disons là de l'hystérie et de la tuberculose n'est qu'un paragraphe d'un grand chapitre tout

(1) *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 2e édit., 1886, p. 977. — *Brain*, 1884, janvier, t. VI, p. 133 et suiv. — Voy. également l'excellent article *Hystérie* de M. Grasset dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

aussi vrai des rapports de toutes les névroses, et même de toutes les maladies du système nerveux avec les diathèses et les maladies générales.

« Si l'on ne comprend pas les névroses sans voir leurs relations mutuelles, s'il est indispensable en névropathologie clinique de considérer la *famille névropathique,* il faut aller encore plus loin et compléter tout cela par la *famille diathésique,* en dehors de laquelle on ne verra que des unités isolées, éparses, sans réalité vivante. »

Ce sont évidemment ces idées doctrinales qui ont conduit M. Grasset (1) à définir l'hystéro-traumatisme « une névrose générale appartenant à la famille des *hystéries* ». Mais nous, qui défendons la cause de l'hystérie « une et indivisible », nous ne saurions souscrire à cette opinion dans laquelle on trouve le germe de l'hystérie symptomatique, alcoolique, tabagique, paludique ou autre. Et nous exprimerons succinctement nos idées en disant que l'arthritisme, l'alcoolisme ou la syphilis des ascendants ne font que préparer chez les enfants l'éclosion du germe nerveux héréditaire resté latent chez les parents, tout en n'en existant pas moins, et qu'en dehors de la famille névropathique l'hystérie n'a pas de racines.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas d'associations héréditaires? Bien au contraire, M. Charcot a depuis longtemps démontré, et bien d'autres après lui (2) (Fournier, Durand, Souza-Leite, Raymond, d'Aurelle de Paladines), que la

(1) Leçons sur l'hystéro-traumatisme. Tirage à part du *Montpellier médical,* 2e fasc., t. X, janvier 1888, p. 30. — Sur la même question consulter : Brousse, *Gaz. hebd. de Montpellier,* 1881, p. 423. — Largaud, Thèse de Montpellier, 1882, n° 23. — Mossé, *Gaz. hebd. de Montpellier,* 1883. — Leudet, *Assoc. franç. pour l'avancement des sciences.* Congrès du Havre, 1877.

(2) Charcot, *Leçons sur les maladies des vieillards.* Œuvres complètes, t. VII. — Fournier, *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme,* 3e édit., 1890. — Durand, Thèse de Paris, 1880. — Souza-Leite, *Études de pathologie médicale.* Paris, 1889. — Raymond, *Des associations morbides en pathologie nerveuse à propos d'un cas de rhumatisme compliqué d'anesthésie hystérique. Progrès médical,* n° 20, 1889. — D'Aurelle de Paladines, *De l'anesthésie hystérique. Contribution à l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse.* Thèse de Paris, 1889. — Huc, *Maladies du cœur et névrose.* Th. Paris, 1891.

diathèse urique, l'arthritisme, la syphilis, la tuberculose, s'associaient souvent à la diathèse névropathique; mais « il n'y a pas de relation de cause à effet, il n'y a que des associations symptomatiques plus ou moins fréquentes; c'est une question de terrain, et non une question de graine. L'arthritisme et le nervosisme ont entre eux de nombreux points de contact, mais ils ne s'engendrent pas mutuellement ni réciproquement. Si l'on compare chacun de ces états morbides à un arbre, à ses nombreux rameaux, on voit facilement (M. Charcot, *Communication orale*) les points où certains de ces derniers, passant d'un arbre à l'autre, établissent entre ces deux souches primitives des liens d'étroite parenté. En continuant à employer la même comparaison, on peut dire que certaines branches de l'arbre neuropathologique (chorée de Sydenham, maladie de Parkinson, hystérie) sont en connexion plus ou moins marquée avec des branches de l'arbre de l'arthritisme, tandis que d'autres, issues également de la même souche nerveuse (épilepsie, neurasthénie), affectent avec celles de l'arthritisme des rapports beaucoup moins intimes. Pourquoi cette intimité existe-t-elle dans certains cas et point dans d'autres? C'est là une question à laquelle il est encore impossible de répondre actuellement ; le fait existe, il attend encore son interprétation (1). »

Les doctrines de M. Charcot avaient été déjà remarquablement exposées par M. Féré dans ses études sur la *Famille névropathique* (2). La famille névropathique est une, cependant; « elle n'est point complètement isolée des autres groupes pathologiques ; mais ses alliances avec les dégénérescences et les maladies de la nutrition ne font qu'accentuer la fatalité inexorable de son évolution ».

L'hérédité névropathique reste donc la cause primordiale de l'hystérie : la névrose est une branche de la

(1) Déjerine, *op. cit.*, p. 255.
(2) *Arch. de neurologie*, 1884, t. VII, p. 1, 173.

grande famille névropathique. Ses rapports avec l'arthritisme, par exemple, ne sont jamais que des points de contact, et non des points de fusion ; l'hystérie est une dans son hérédité, comme elle restera indivisible dans son évolution.

M. Batault (*op. cit.*, p. 34), étudiant *l'hérédité pathologique générale dans ses rapports avec l'hystérie masculine*, nous paraît avoir bien résumé cette discussion. « Une chose, dit-il, nous paraît avant tout digne de remarque, c'est l'importance exagérée que l'on accorde souvent aux affections constitutionnelles non névropathiques, alors que l'on néglige de rechercher l'élément morbide nerveux avec le soin minutieux dont nous avons parlé.

« On se contente très fréquemment d'un examen superficiel tel que celui-ci : père alcqolique et fils hystérique, donc transformation de l'alcoolisme en névrose chez l'enfant. Il est nécessaire de scruter l'étiologie plus à fond et plus loin avant de se prononcer par l'affirmation. Il est évident que toutes les maladies diathésiques, retentissant sur l'organisme en général et débilitant les sujets qui en sont affectés, peuvent avoir une influence pernicieuse sur le système nerveux de leurs descendants. C'est une loi de déchéance totale de l'économie qui n'en respecte aucune partie. A ce titre, nous trouvons des tuberculeux, des rhumatisants, des goutteux et des alcooliques dans les parents des hystériques. Mais, dans la plupart de ces cas, la diathèse est primitivement transmise comme telle, et les troubles nerveux sont consécutifs. De véritables transformations sont rares et douteuses. »



Après ce que nous venons d'exposer, il n'est donc pas douteux un seul instant que l'hérédité soit la dominante étiologique de l'hystérie : en dehors d'elle, nous ne trouverons plus que les *agents provocateurs* de son éclosion (Charcot).

Mais avant d'étudier ces agents provocateurs et le mécanisme par lequel ils mettent en œuvre l'hérédité, il est important de savoir dans quelles conditions d'âge, de sexe, de professions, de races, cette éclosion se fait.

INFLUENCE DE L'AGE : — *Enfants.* — Ch. Lepois est certainement l'auteur qui a le premier signalé la fréquence de l'hystérie dans l'enfance. « *Enim vero experientiæ fide, multæ puellulæ vivunt hystericis tentatæ symptomatibus ante duodecim ætatis annum.* »

Hoffmann, Cullen, avaient également observé des cas d'hystérie développés avant l'époque de la puberté. Raulin, — dit Briquet, — « cite trois cas d'affections hystériques héréditaires qu'il avait vus chez des enfants de deux à trois ans ».

Retenons ce terme d'*affections héréditaires,* qui a sa grande importance dans l'espèce, car, ainsi que l'enseigne M. Charcot, plus l'hystérie débute de bonne heure, plus l'hérédité névropathique des ascendants est proche, et plus souvent, comme évidemment dans les cas de Raulin, il s'agit d'hérédité similaire.

Mais il faut arriver aux auteurs modernes pour voir l'hystérie infantile prendre, dans la statistique, la place qu'elle doit légitimement occuper.

La statistique de Briquet, la première véritablement en date, comprend 87 cas allant « depuis l'enfance jusqu'à la puberté », et qui se répartissent ainsi qu'il suit :

A un âge qui n'a pu être désigné autrement qu'en l'appelant l'enfance	31 cas.
Début à 5 ans	3 —
— de 6 à 7 ans	6 —
— de 7 à 8 —	11 —
— de 8 à 9 —	6 —
— de 9 à 10 —	9 —
— de 10 à 11 —	4 —
— de 11 à 12 —	17 —
Total	87 cas.

Il semble bien que, dans ces cas, il n'entre pas de garçons, puisque Briquet conclut (p. 69) : « C'est donc un fait indéniable que l'hystérie peut se rencontrer chez les filles depuis les premières années de leur enfance jusqu'aux approches de la puberté, avec une fréquence telle qu'on peut l'évaluer au quart ou au cinquième du nombre total des hystériques. »

A cela rien de bien étonnant, puisque, quoique partisan décidé de l'hystérie chez l'homme, il n'a pu en réunir que sept observations personnelles.

Dans sa thèse encore récente, M. Pâris (1) rapporte trente observations inédites chez des petites filles et ne parle en aucune façon de l'hystérie chez les jeunes garçons. Il eût été cependant facile d'en trouver, dans Hoffmann (2), chez des garçons de sept, onze, douze et quatorze ans.

C'est encore l'influence de la Salpêtrière qui se fait sentir dans cette notion de l'hystérie infantile, dont l'étude a été presque complètement délaissée par les médecins qui s'occupent de pédiatrie. Nous en exceptons toutefois M. Jules Simon et M. le professeur Grancher, qui écrivait tout récemment (3) :

« L'hystérie est aussi très commune même chez les tout jeunes enfants, où elle revêt des formes frustes quelquefois bien curieuses. »

La thèse de M. Clopatt, d'Helsingfors, faite sous l'inspiration de MM. Charcot, Grancher et Bourneville, renferme, au point de vue que nous étudions et à bien d'autres encore, une quantité considérable de documents.

(1) *De l'hystérie chez les petites filles, considérée dans ses causes, ses caractères, son traitement.* Thèse de Paris, 1880.

(2) *Opera omnia*, t. III, p. 34. *De motibus convulsivis.* Genève, 1740.

(3) *La médecine infantile. Bulletin médical*, n° 61, 30 juillet 1890, p. 707. — M. le professeur Grancher a observé un cas dans lequel l'hystérie débuta très nettement, chez une petite fille, à l'âge de dix-huit mois. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, février 1888, p. 64. — Voy. encore Burnet, *Contribution à l'étude de l'hystérie infantile :* son existence au-dessous de l'âge de cinq ans. Thèse de Paris, 1891.

C'est, comme statistique, le travail le plus complet que nous connaissions sur l'hystérie infantile (1).

« Sur les deux cent soixante-douze observations d'hystérie infantile que nous avons étudiées, dit-il, le début de la maladie est noté comme suit (p. 15) :

	FILLES.	GARÇONS.	TOTAL.
Début « dès l'enfance tendre »	19	1	20
— à l'âge de 3 ans	»	1	1
— 4 —	1	1	2
— 5 —	4	2	6
— 6 —	3	2	5
— 7 —	15	4	19
— 8 —	16	6	22
— 9 —	15	7	22
— 10 —	18	15	33
— 11 —	24	17	41
— 12 —	22	13	35
— 13 —	27	16	43
— 14 —	12	8	20
— 15 —	»	3	3
	176	96	272

« L'influence du sexe se montre avec évidence dans les chiffres ci-dessus, ajoute M. Clopatt. Mais la proportion des jeunes filles est, en réalité, plus grande qu'on ne pourrait conclure de ce tableau ; car, d'autre part, cette statistique ne comprend pas tous les cas cités par Briquet ; d'autre part, on trouve mentionnées, dans la littérature, plusieurs épidémies d'hystérie dans des écoles, pensionnats de jeunes filles, etc., dont nous n'avons pas tenu compte. »

Mlle H. Goldspiegel, dans sa thèse (2) faite à la Salpêtrière, adopte la statistique et les idées de Clopatt.

En considérant ce tableau, on voit qu'il y aurait un peu plus d'un garçon pour deux filles atteintes d'hystérie.

(1) *Études sur l'hystérie infantile.* Helsingfors, 1888 (en français).

(2) *Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants.* Thèse de Paris, 1888.

Mais il faut faire remarquer aussi qu'un certain nombre de cas de Clopatt ont été recueillis à une période de la littérature où l'hystérie masculine n'était guère envisagée.

A un autre point de vue, les résultats obtenus par Briquet et Clopatt se superposent. Leurs statistiques nous montrent que l'hystérie, rare dans les cinq premières années de l'existence, augmente ensuite progressivement de onze à treize ans, et cela dans les deux sexes, ce qui a son importance. En effet, à l'inverse de ce qu'on aurait pu croire à l'époque où régnait la théorie utérine, l'influence de la menstruation paraît nulle, ou tout au moins peu notable, sur l'apparition et le développement de l'hystérie chez les petites filles, par ce fait même que l'âge a la même influence dans les deux sexes.



Influence de l'age : — *Sexe féminin.* — *Adultes.* — Le tableau suivant, emprunté à Briquet, qui résume ses observations propres et celles empruntées aux principaux auteurs qui l'ont précédé, va nous renseigner sur la fréquence de l'hystérie chez la femme par rapport à l'âge.

	Chiffres de M. Landouzy.	Chiffres de M. Georget.	Chiffres de M. Beau.	Chiffres de M. Briquet.
De 0 à 10 ans....	4	1	»	66
De 10 à 15 ans....	48	5	6	98
De 15 à 20 ans...	105	7	7	140
De 20 à 25 ans....	80	4	3	71
De 25 à 30 ans....	40	3	»	24
De 30 à 35 ans....	38	»	»	9
De 35 à 40 ans....	15	»	»	9
De 40 à 45 ans....	7	1	»	1
De 45 à 50 ans....	8	»	1	3
De 50 à 55 ans....	4	»	»	3
De 55 à 60 ans....	4	»	1	2
De 60 à 80 ans....	2	»	»	»
	355	21	18	426

On remarquera que cette statistique porte sur le chiffre respectable de huit cent vingt cas.

« Il serait difficile, dit Briquet, de trouver entre des observations prises à des sources si diverses une concordance plus parfaite que celle que l'on peut remarquer entre les quatre séries de chiffres que je viens de présenter; car, à part les cas d'hystérie chez les enfants, il existe entre elles, pour tout le reste, une harmonie complète. On voit les chiffres qui les composent aller croissant dans la même proportion depuis le jeune âge jusqu'à vingt ans, époque à laquelle ils atteignent leur maximum, pour décroître très rapidement de vingt à vingt-cinq ans, devenir ensuite très faibles, tout en restant réguliers, de vingt-cinq à quarante ans, et enfin se trouver encore plus faibles et complètement irréguliers de quarante à soixante ans. »

Au point de vue de l'*âge maximum,* Chambon (cité par Louyer-Villermay, t. I, p. 120) rapporte avoir observé des symptômes d'hystérie chez l'une de ses parentes âgée de quatre-vingt-quatre ans; mais le début des accidents n'est pas noté (1).

Et Briquet conclut : « 1° Un cinquième des cas d'hystérie (chez la femme) se développe, dans nos climats et avec nos mœurs, avant l'âge de la puberté...

« 2° Un peu plus du tiers des cas d'hystérie se développent de l'âge de quinze à celui de vingt ans.

« 3° La fréquence de l'hystérie va rapidement en décroissant de l'âge de vingt à celui de vingt-cinq ans, puisqu'elle est de moitié moindre que celle de la période précédente.

« 4° La prédisposition s'affaiblit notablement et reste au même degré, à l'âge de vingt-cinq jusqu'à celui de quarante ans. Elle est alors dix fois moindre que celle de douze à vingt ans.

« 5° L'hystérie est infiniment rare de quarante à soixante ans, et, durant cette longue portion de la vie, elle n'est pas plus fréquente à une époque qu'à l'autre. »

(1) Voy. également DE FLEURY, *Contribution à l'étude de l'hystérie sénile.* Thèse de Paris, 1890.

Amann et Scanzoni semblent attribuer une plus grande fréquence de développement aux âges qui avoisinent trente ans. Mais, comme dit avec justesse M. Grasset (art. *Hystérie, op. cit.*), « nous ferons remarquer, avec Jolly, que ce sont là des statistiques faites dans des pratiques de gynécologistes, c'est-à-dire par des médecins qui ont occasion d'observer un nombre relatif très considérable de névroses liées à des maladies utérines et, par suite, d'hystéries développées chez l'adulte ».

Pour notre part, nous ne saurions que souscrire aux conclusions formulées par Briquet en ce qui regarde l'*hystérie chez la femme adulte,* la seule qu'il ait véritablement bien envisagée.



INFLUENCE DE L'AGE : — *Sexe masculin.* — *Adultes.* — Les premiers et excellents documents que nous possédons dans l'espèce appartiennent à M. Batault (*op. cit.*, p. 38). Nous ne pouvons mieux faire que de citer tout entier le paragraphe suivant, dans lequel on trouvera encore des considérations très importantes sur l'hérédité.

« Nous avons établi, dit-il, que l'hystérie, chez les individus issus de familles de névropathes, débute le plus souvent entre la dixième et la vingtième année, c'est-à-dire vers la même époque que chez la femme. Il nous reste maintenant à rechercher l'influence de l'âge en lui-même, ou du moins abstraction faite de toute circonstance étiologique concomitante. Nous devons nous adresser encore à la statistique, qui seule nous fixera à cet égard.

« La date des premiers accidents hystériques a été indiquée dans cent quatre-vingt-douze cas, qui se répartissent comme suit :

« De 0 à 10 ans...	10 cas	(âge minimum, deux ans neuf mois).
« De 10 à 20 ans...	78 —	

« De 20 à 30 ans... 60 cas.
« De 30 à 40 ans... 27 —
« De 40 à 50 ans... 11 —
« De 50 à 60 ans... 6 — (âge maximum, soixante ans).

« C'est donc, d'une façon générale, entre dix et vingt ans que la névrose se manifeste le plus fréquemment pour la première fois chez les jeunes garçons (1). En subdivisant cette période de dix ans en deux séries de cinq années chacune, nous trouvons pour la première, soit de dix à quinze ans, quarante-quatre cas, et pour la seconde, soit de quinze à vingt ans, trente-quatre cas. Nous sommes exactement dans les mêmes conditions que chez la femme. Nous obtenons, sous ce rapport, les mêmes résultats pour les malades où les antécédents héréditaires ont été passés sous silence que pour les autres. Ceci tend à confirmer notre dire, que l'hérédité aurait probablement été mise en lumière pour la plupart d'entre eux, si l'on avait eu soin de les interroger à ce sujet. La prédisposition due à l'âge tient bien moins à des circonstances accessoires, même à celle du développement des organes génitaux, qu'on ne pourrait le supposer; c'est un legs héréditaire qui constitue l'homochronie. L'appareil génital se développe plus tôt dans les pays méridionaux et chez la femme que dans les pays du Nord et chez l'homme, tandis que le début de l'hystérie ne paraît pas suivre ces fluctuations ni dans l'un ni dans l'autre sexe. »

Nous partageons dans leur ensemble les opinions de M. Batault; mais, en faisant appel à ce que nous avons pu observer, depuis 1884, dans le service de M. Charcot, nous dirons qu'il nous a semblé que l'hystérie chez l'homme semblait peut-être se développer plus tardivement que chez la femme. Cela, du reste, n'infirme en rien les statistiques précédentes, car il faut tenir compte des

(1) Nous avons vu que cette opinion était également celle de Clopatt, ou à peu près. (G. T.)

causes provocatrices qui, comme nous le verrons, sont un peu différentes dans l'un et l'autre sexe : en particulier le traumatisme, les intoxications, agents révélateurs si fréquents de l'hystérie masculine et qui s'exercent surtout dans la période adulte de l'existence. Ce n'est là qu'une question de détail, pour ainsi dire, l'hérédité, à quelque âge que ce soit, n'attendant que sa mise en œuvre pour sortir ses effets.

Nous pourrons trouver une confirmation à ce que nous avançons dans le dépouillement de la statistique des 22 cas d'hystérie chez l'homme, rapportés par M. Bitot (*op. cit.*, p. 134).

Au point de vue de l'âge, ils se décomposent ainsi qu'il suit :

2 à 14 ans.	1 à 34 ans
1 à 17 —	1 à 35 —
3 à 19 —	1 à 36 —
1 à 21 —	1 à 37 —
2 à 24 —	1 à 39 —
1 à 26 —	1 à 40 —
1 à 27 —	1 à 42 —
1 à 31 —	1 à 46 —
1 à 33 —	1 à 51 —

Total, 22; moyenne, 26 ans.

Il est inutile, croyons-nous, d'insister davantage.



Quelle est maintenant la fréquence réelle de l'hystérie? — Nous laisserons de côté l'hystérie infantile, sur laquelle nous nous sommes suffisamment expliqué avec M. le professeur Grancher; quant à l'hystérie féminine, voici ce que disait Sydenham au dix-septième siècle (trad. Jault, p. 473), sans oublier, d'ailleurs, le sexe masculin, qu'il comprenait dans son appréciation :

« L'*affection hystérique,* autrement appelée les *vapeurs hystériques*, est, si je ne me trompe, la plus fréquente de

toutes les maladies chroniques. Et comme les fièvres, avec leurs dépendances, étant comparées avec les maladies chroniques, font deux tiers par rapport à un, de même les affections hystériques font la moitié de ce troisième tiers, c'est-à-dire la moitié des maladies chroniques. En effet, il est très peu de femmes qui en soient entièrement exemptes, à l'exception de celles qui sont accoutumées à une vie dure et laborieuse. Or, les femmes font la moitié des adultes. Et même, entre les hommes, beaucoup de ceux qui s'attachent à l'étude et mènent une vie sédentaire sont sujets à la même maladie. »

La question qui se pose aujourd'hui est surtout de savoir quelle est la fréquence réelle de l'hystérie masculine, et les rapports statistiques qu'elle affecte avec l'hystérie féminine.

Au point de vue de la fréquence réelle, il est certain que, depuis les dernières recherches de M. Charcot, on ne saurait plus dire simplement avec Briquet : « L'homme peut être atteint d'hystérie. »

Les 218 cas réunis par M. Batault sont un argument en faveur de la fréquence réelle ; mais pour arriver à connaître la fréquence comparative, il est important de comparer entre eux les chiffres observés dans un *même* service hospitalier, comprenant à la fois des hommes et des femmes.

Sur 11,225 cas de maladies du système nerveux recueillis dans la polyclinique des professeurs Eulenburg et Mendel, M. Bodenstein (*loc. cit.*) a observé 1,224 hystériques, dont 122 hommes, soit 1 sur 10. C'est le double du chiffre de Briquet, qui avait dit : « L'homme paraît disposé à cette maladie à peu près 20 fois moins que la femme. »

La statistique comparative récente que M. le professeur Pitres (1) (de Bordeaux) a donnée de 100 cas d'hystérie observés dans son service, se compose ainsi qu'il suit :

(1) Cité par Bitot, *op. cit.*, p. 136. — Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I. Paris, 1891.

	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL.
	—	—	—
De 6 à 10 ans...........	1	1	2
De 11 à 15 —	4	12	16
De 16 à 20 —	6	34	40
De 21 à 25 —	2	18	20
De 26 à 30 —	4	4	8
De 31 à 35 —	8	0	8
De 36 à 40 —	5	0	5
De 41 à 45 —	0	0	0
De 46 à 50 —	1	0	1
Total...............	31	69	100

Les résultats de cette statistique sont bien différents de ceux précédemment énoncés, puisque, étant donnés 100 malades hystériques, on trouve 69 femmes et 31 hommes; 1 cas sur 3, voilà ce qui augmente singulièrement le taux de fréquence de l'hystérie masculine.

On pourrait croire peut-être, vu l'intérêt tout d'actualité de l'hystérie masculine, que M. Pitres a porté particulièrement ses investigations de ce dernier côté. Les faits suivants vont répondre à cette objection, fort plausible d'ailleurs.

M. P. Marie, professeur agrégé, ancien chef de clinique de M. Charcot, chargé en août et en décembre 1888, en qualité de médecin des hôpitaux, de la consultation du Bureau central d'admission (1), avait été frappé du nombre « véritablement surprenant » d'hystériques mâles qui se présentaient. Il évaluait approximativement ce nombre à 2 par séance quotidienne en moyenne.

« Un jour, dit-il (2), que j'entretenais de ce fait mon maître, M. le professeur Charcot, il m'engagea à dresser une statistique de ces cas, la première fois que je serais

(1) Le *Bureau central d'admission* est le lieu où se présentent tous les jours les malades qui, en dehors des consultations particulières des hôpitaux, désirent être hospitalisés ou soumis à un traitement externe. (G. T.)

(2) *L'hystérie à la consultation du Bureau central des hôpitaux de Paris: Étude statistique, Progrès médical*, 2e fasc., t. X, n° 30, 27 juillet 1889, p. 68.

chargé de ce service. J'ai, pendant le mois de mai (1889), fait cette statistique, et les résultats obtenus me semblent valoir la peine d'être signalés. »

M. Marie ne comprendra dans sa statistique que les malades demandant à entrer à l'hôpital : le fait est important à signaler, car il pouvait le lendemain, s'il en était besoin, vérifier son diagnostic, les malades étant admis dans le service d'hôpital qu'il dirigeait alors.

Défalcation faite des malades qui s'étaient présentés plusieurs fois, M. Marie a examiné, pendant le mois de mai 1889, 697 individus atteints d'affections diverses, nerveuses ou autres, dont 172 femmes et 525 hommes. « Le but que je me proposais, dit-il, était de rechercher la *fréquence de l'hystérie dans l'un et l'autre sexe;* pour cela il fallait prendre des points de comparaison à peu près fixes. Obligé de faire un examen assez rapide des malades, j'ai dû choisir pour criterium un phénomène facile à rechercher et se montrant avec une netteté suffisante. Les troubles de la sensibilité m'ont paru avoir ce caractère. J'ai donc marqué à part tous les malades présentant des symptômes d'hystérie et chez lesquels je constatais une anesthésie généralisée, une hémianesthésie ou une anesthésie limitée à un membre, ou bien encore ceux chez lesquels il existait une diminution très marquée de la sensibilité d'un côté du corps ; ce sont les cas que je désignerai sous le nom d'*hystérie massive* (1). Cette classification présentait l'avantage d'une grande simplicité et d'une grande facilité de contrôle ; d'autre part, elle laissait entièrement de côté certains cas dans lesquels l'hystérie était tout à fait évidente (attaques convulsives, ovarie et boule, anciennes paralysies ayant disparu, etc.), mais ne s'accompagnait pas de troubles actuels de la sensibilité cutanée. Pour ces cas, j'ai dû faire une seconde catégorie sous le nom d'*hystérie mitigée.* J'insiste sur ce fait que l'une et l'autre catégorie ne com-

(1) Ces épithètes, dit M. Marie, sont ici simplement pour la facilité de la description.

prennent que des cas d'hystérie bien caractérisés; les malades simplement névropathes n'ayant pas présenté de phénomènes hystériques nets en ont été rigoureusement exclus.....

« Sur les 525 hommes, 250 offraient les caractères de l'hystérie massive; 3, ceux de l'hystérie mitigée. Sur les 179 femmes, *une seule* offrait les caractères de l'hystérie massive; 5, ceux de l'hystérie mitigée. Les nombres obtenus pour l'hystérie massive méritent qu'on s'y arrête. En les ramenant à l'unité, on voit qu'il y a pour les femmes un cas sur 172 malades; pour les hommes, un cas sur 21 malades; ce qui donne le pourcentage suivant : pour les femmes 0.58 pour 100, pour les hommes 4.76 pour 100. C'est-à-dire que l'hystérie massive se montre avec une prédominance beaucoup plus grande chez les hommes que chez les femmes, puisque, pour les premiers, elle est 8 fois plus fréquente que pour les secondes.

« Ce résultat est évidemment tout à fait inattendu, et quelque convaincu que je sois depuis longtemps de la fréquence de l'hystérie chez l'homme, je ne me sens nulle envie de soutenir cette proposition trop proche du paradoxe, que *l'hystérie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.* »

Pourtant cette statistique est trop concluante pour qu'il n'en existe pas une raison. M. Marie la trouve dans ce fait que l'hystérie de l'homme est assez rare dans les classes moyennes ou élevées de la société, comparativement aux classes dites inférieures, où elle sévit surtout, ce qui n'est pas le cas pour l'hystérie chez la femme.

Or, les malades qui se présentent au Bureau central sont surtout des ouvriers, des déclassés très fréquemment en butte aux agents provocateurs le plus souvent notés de l'hystérie masculine : les traumatismes et les intoxications. Le niveau social des femmes qui viennent à cette consultation serait plus élevé; elles seraient donc moins en butte que les hommes aux mêmes agents provocateurs.

En ce qui regarde l'*hystérie mitigée,* on trouve une proportion toute différente : 5 cas d'hystérie mitigée sur 172 femmes, et seulement 5 cas sur 525 hommes, soit 1 pour 35 femmes et 1 pour 175 hommes. L'hystérie mitigée se montre donc avec une bien plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme : c'est là, par une voie détournée, une confirmation nouvelle de ce fait, enseigné depuis longtemps déjà par M. Charcot, que l'hystérie chez l'homme se montre le plus souvent avec des caractères de ténacité, de gravité, dont on doit soigneusement tenir compte dans le pronostic.

« En somme, dit M. Marie, et pour résumer les considérations que j'ai dû exposer un peu longuement, afin de prévenir tout malentendu, *l'hystérie mâle dans les classes inférieures de la société est très fréquente, elle semble même beaucoup plus fréquente que l'hystérie féminine.* Ce qui précède s'applique à l'hystérie massive à stigmates bien nets; pour l'hystérie légère sans stigmates accentués, le rapport est inverse, sa fréquence est plus grande chez la femme que chez l'homme. »

Les résultats obtenus par M. Marie, et qui lui semblaient presque paradoxaux, n'allaient pourtant pas tarder à recevoir une éclatante confirmation.

Déjà, en 1888, M. Girode (1), observant dans le service de M. le professeur Brouardel, à l'hôpital de la Pitié, réunissait 15 cas d'hystérie masculine pendant l'année où il était chargé d'une salle d'hommes, ne comprenant pas plus de 35 à 40 lits affectés au traitement de toutes les maladies relevant de la pathologie interne.

Mais en 1889, M. Souques, alors interne de M. Chauffard, résumant les observations qu'il avait recueillies à l'hôpital Broussais, se proposait d'établir (2) :

« 1° Que l'hystérie mâle n'est pas l'apanage de quel-

(1) *Quelques faits d'hystérie toxique. France médicale,* 36e année, t. I, n° 39, 30 mars 1889, p. 433.

(2) *De l'hystérie mâle dans un service hospitalier. Archives générales de médecine,* août 1890, p. 168.

ques hôpitaux spéciaux, mais qu'on la rencontre fréquemment dans les services hospitaliers ordinaires;

« 2° Qu'elle semble plus fréquente, du moins dans les classes inférieures de la société, que l'hystérie féminine. »

Rappelant l'opinion de M. Charcot (1), que « l'hystérie mâle peut se présenter dans la clinique vulgaire, où seuls des préjugés d'un autre âge pourraient la faire méconnaître », M. Souques ajoute : « A l'hôpital Broussais, en une année, dans une salle de trente-deux malades, nous en avons relevé vingt-six cas d'une authenticité indiscutable. Nous avons effectivement éliminé avec soin tous les cas douteux ou sujets à contestation. Sous la rubrique : *hystérie*, nous n'avons admis que des cas certains, patents, dont le diagnostic était au moins basé sur la réunion des signes suivants : anesthésie sensitivo-sensorielle, partielle ou généralisée, anesthésie pharyngée, rétrécissement concentrique du champ visuel. »

Signalant les travaux de M. Marie, qui établit qu'au Bureau central l'hystérie massive est huit fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, M. Souques a fait la statistique des malades qui ont passé dans le service de M. Chauffard, soit 441 hommes et 240 femmes. Dans ce nombre, il y avait vingt-six cas d'hystérie mâle et six cas seulement d'hystérie féminine. « Nous n'avons pas, il est vrai, dit-il, séparé les cas d'hystérie massive des cas d'hystérie mitigée. Néanmoins, nos résultats pris en bloc sont parfaitement comparables à ceux de M. Marie. Le tableau synoptique suivant mettra mieux en évidence ce parallélisme.

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 298.

STATISTIQUE DE M. MARIE. (Bureau central.)				STATISTIQUE PERSONNELLE. (Hôpital Broussais.)			
	TOTAL DES MALADES.	NOMBRE D'HYSTÉRIQUES.	POURCENTAGE.		TOTAL DES MALADES.	NOMBRE D'HYSTÉRIQUES.	POURCENTAGE.
Hommes. . . .	525	28	5.14	Hommes.	441	26	5.90
Femmes.	179	6	3.35	Femmes.	240	6	2.50

« Ces résultats, dit-il, présentent entre eux une analogie frappante. Il ressort, en outre, de cette comparaison que *l'hystérie masculine dans les hôpitaux est deux fois plus fréquente que l'hystérie féminine.* »

Pour M. Souques comme pour M. Marie, et cela ressort de la lecture des faits qu'il résume dans son intéressant travail, « les hommes qui forment la clientèle des hôpitaux seraient beaucoup plus fréquemment exposés que les femmes aux agents provocateurs de l'hystérie : traumatismes, intoxications ».



On nous pardonnera de nous être attardé aussi longuement dans cette discussion, qui n'est en somme qu'un exposé d'observations; mais il s'agit là de faits nouveaux, tout à fait d'actualité, et qu'il était important de mettre en pleine lumière.

C'est pourquoi nous n'avons pas hésité à réunir nous-même, gracieusement aidé par M. Le Bas, directeur de l'hospice, et à publier la statistique des cas observés dans le service de M. Charcot, et dont nous tirerons des conclusions qui s'écarteront bien peu de celles que nous venons d'exposer. A la Salpêtrière, la consultation est beaucoup

plus mélangée que dans les autres hôpitaux ; tous les milieux sociaux, les malades de tous les pays s'y coudoient ; l'intérêt général, on le comprend, n'en est donc que plus considérable.

La première statistique ne comprendra que les sujets ayant été *hospitalisés* dans le service de la clinique, de 1880 à 1890.

Pendant la période de 1880 à 1890 (exclu), il a été admis 1,232 femmes, dont 369 hystériques ; et de 1882 (date de l'ouverture du service des hommes) à 1890 (exclu), 872 hommes, dont 77 hystériques. Ces chiffres sont difficilement comparables, car le service d'hommes, qui jusqu'en 1885 ne comprenait que vingt lits, n'en comprend encore que quarante à cinquante, tandis que le nombre des lits affectés aux femmes venues du dehors dépasse deux cents, et, à vrai dire, est presque illimité. De plus, jusqu'en 1883-1884, l'hystérie masculine était encore un objet de curiosité ; on était loin de la reconnaître aussi bien qu'aujourd'hui.

Mais nous possédons une autre statistique qui, à notre avis, est seule probante. Elle comprend le relevé des malades qui sont entrés dans les salles dont la surveillance nous fut dévolue de novembre 1887 à novembre 1889, alors que nous avions l'honneur d'être chef de clinique de M. Charcot (1). Ce relevé a été fait sur les observations que nous avions recueillies et qui sont consignées dans le *Registre d'observations de la clinique ;* tous ces malades ont donc été examinés à plusieurs reprises par M. Charcot.

Pendant ces deux années, nous avons recueilli les observations de 323 malades hospitalisés, se décomposant en 200 femmes, dont 67 hystériques et 133 atteintes de maladies diverses, et 123 hommes, dont 37 atteints d'hystérie et 86 atteints d'autres affections. Pendant cette période, nous

(1) Il existe dans le service de M. Charcot, outre le chef de clinique, deux *internes* qui ont sous leur surveillance un certain nombre de salles dont les malades n'entrent pas en ligne de compte dans la présente statistique. (G. T.)

avons donc, en chiffres ronds, admis dans les salles un homme pour deux femmes hystériques.

Ces chiffres se rapportant uniquement aux malades hospitalisés, nous avons encore à considérer ceux qui viennent à la *Polyclinique du mardi,* ou se rendent tous les matins dans le service où il existe une consultation externe permanente.

Ces malades sont très nombreux, car leur nombre varie par an entre 3,500 et 4,000.

Or, sur ce nombre de malades, en défalquant les observations des ataxiques venus à la suspension, de novembre 1887 à novembre 1889, et qui, par leur affluence à cette époque, pourraient vicier la statistique, nous avons recueilli 726 observations consignées sur les *Registres de la consultation externe de la Clinique.* Sur ces 726 malades des deux sexes, il y avait 51 femmes et 21 hommes hystériques, soit un sur deux, comme dans la précédente statistique.

Nous pouvons encore trouver une autre base d'appréciation dans le *Compte rendu du service ophthalmologique de la Clinique,* pour l'année 1888, service dont M. Parinaud est le directeur.

« Les hystériques chez lesquels on a constaté des troubles oculaires sont au nombre de 79, dont 49 femmes et 30 hommes. L'énorme proportion des hommes tient à ce que beaucoup d'hystériques femmes, dont la maladie était très caractérisée, n'ont pas été envoyées à l'examen ophthalmologique, tandis que tous, ou presque tous les hommes, ont été examinés. En outre, plusieurs hystériques hommes ont été adressés de différents hôpitaux à M. le professeur Charcot, qui, dans ces dernières années, s'est particulièrement occupé de ces cas. Même en tenant compte de ces circonstances, ce chiffre de 30 hystériques mâles atteste la fréquence relative de cette maladie chez l'homme. Dans neuf cas, l'hystérie était associée à une autre affection nerveuse, déterminant des troubles visuels propres (1). »

(1) *Compte rendu du service ophthalmologique pour l'année* 1888, par M. Morax, externe du service. *Archives de neurologie,* 1880, p. 436.

Nous nous associons pleinement aux réflexions de M. Parinaud, dont la statistique, en somme, ne diffère pas de la nôtre. Mis en demeure maintenant de formuler notre opinion sur la fréquence réelle et comparative de l'hystérie masculine, nous dirons :

L'hystérie chez l'homme est très fréquente ; elle paraît le devenir d'autant plus que, tous les jours, on apprend à mieux la connaître.

Actuellement, dans les services d'admission et de consultation externe de la Salpêtrière, où, à l'inverse du Bureau central, les milieux sociaux se trouvent confondus, il nous a semblé qu'on observait un hystérique homme pour deux ou trois femmes atteintes de la même affection.



CHAPITRE TROISIÈME

LES AGENTS PROVOCATEURS DE L'HYSTÉRIE.

L'ouvrage de M. Georges Guinon. 1889.

INFLUENCE DES ÉMOTIONS MORALES VIVES. — Shock par impressions morales, de Leyden. — La peur. — *Influence de l'éducation ;* du merveilleux. — Pratiques religieuses exagérées : elles ont provoqué de *nombreuses épidémies* d'hystérie. — Influence de l'imitation. — Effets désastreux des pratiques intempestives d'hypnotisation.

INFLUENCE DU TRAUMATISME. — Traumatisme et choc nerveux. — Considérations historiques : Robert, Leudet, Erichsen, Page, Walton, Putnam, Grasset. — Oppenheim, Thomsen et la *névrose traumatique.* — *Intervention de M. Charcot.* — La névrose traumatique n'existe pas. — *Influence du traumatisme sur les phénomènes d'hystérie locale.* — Tremblements de terre, foudre.

INFLUENCE DES MALADIES GÉNÉRALES ET DES MALADIES INFECTIEUSES. — Fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, grippe, rhumatisme articulaire aigu. — Diabète, impaludisme, syphilis. — Chlorose. — Hémorrhagies diverses ; surmenage physique et intellectuel ; excès vénériens ; onanisme. — Le *surmenage intellectuel n'existe pas chez les enfants.* — Opinions de Charcot et de Brouardel. — Continence.

INFLUENCE DES MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX. — Ceux-ci ne sont pas le siège de l'hystérie. — Abus inconsidérés de la castration.

INFLUENCE DES INTOXICATIONS. — L'hystérie dite toxique. — Plomb, alcool, mercure, sulfure de carbone, tabac. — *Intoxications aiguës,* camphre, chloroforme. — *Ptomaïnes.* — Influence des maladies du système nerveux.

INFLUENCE DES PROFESSIONS CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME. — *Continence et excès vénériens.* — *Influence des races.* — Les Israélites. — Réticences des auteurs allemands et anglais. — *Répartition géographique de l'hystérie.*

L'hystérie chez les animaux.

Les agents susceptibles de provoquer la mise en œuvre de l'hérédité et de favoriser l'éclosion de l'hystérie sont nombreux et variés. Toutefois il ressortira, croyons-nous, de la lecture de ce chapitre que, à l'inverse de leur variété,

le mécanisme par lequel ils agissent est susceptible d'un nombre fort restreint d'interprétations.

L'étude de ces agents provocateurs a été remarquablement faite par notre ami Georges Guinon, actuellement (1890) chef de clinique de M. le professeur Charcot. Son livre récent (1) est ce que nous connaissons de meilleur et de plus complet sur cette question. Nous lui avons fait de nombreux emprunts, et avons adopté sa classification. Au contraire du précédent chapitre, et afin d'éviter des redites fastidieuses, nous ne ferons de paragraphes séparés, en ce qui regarde l'âge et le sexe, qu'autant que cela nous semblera absolument indispensable.



Émotions morales vives. — Le rôle des émotions morales vives dans le développement de l'hystérie a été admis de tout temps, et son importance est encore devenue plus grande, lorsqu'on eut appris à bien connaître l'état mental des hystériques dont la caractéristique est la suggestibilité. C'est là un fait sur lequel nous aurons à revenir, mais que nous devions signaler ici même, car il explique combien les émotions morales doivent impressionner vivement ces cerveaux héréditairement prédisposés.

Les faits abondent : nous nous bornerons à en citer quelques-uns qui nous ont semblé caractéristiques. En 1837, Guillerot (2) rapporte, dans sa thèse inaugurale, l'observation d'une femme devenue hystérique à la suite de l'émotion qu'elle ressentit un jour où elle fut surprise par son mari en flagrant délit d'adultère. M. Charcot (3) cite de nombreux cas analogues, en particulier celui d'un

(1) *Les agents provocateurs de l'hystérie.* In-8° de 392 pages. *Progrès médical.* Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris, 1889. Cet ouvrage renferme une bibliographie complète de la question jusqu'en 1889.

(2) *De l'imagination et de son influence sur la santé et sur les maladies.* Thèse de Paris, 1837.

(3) *Leçons du mardi,* 1889, p. 292.

homme qui devint hystérique à la vue du cadavre tout pantelant de son fils qui venait de tomber d'un échafaudage.

D'autre part, le 26 mai 1887, dans la discussion qui suivit, à la *Société clinique de Paris,* une communication de M. Barbier sur une observation où l'hystérie s'était montrée après un soufflet reçu, M. Rendu cita l'observation d'un étudiant en médecine qui présenta tous les signes de l'hystérie, aussitôt après avoir appris que sa fiancée l'avait trompé.

Si nous portons nos investigations dans la littérature étrangère, nous verrons que, sous le nom de *shock par impressions morales,* Leyden (1) décrit les effets psychiques et somatiques dus aux émotions violentes, sans en préjuger d'ailleurs la nature, depuis la simple pâleur de la face accompagnée d'un peu de tremblement des mains, jusqu'aux troubles graves qui peuvent quelquefois déterminer subitement la mort. Il est très remarquable, dit M. Guinon, qu'au moins une des trois observations qu'il cite, celle qui est empruntée à Lavirotte (2), est certainement un exemple de paralysie avec aphonie hystérique.

Parmi les émotions morales les plus vives, celles qui sont produites par la peur tiennnent certainement la première place (3). Aussi n'est-il pas rare d'entendre dire aux hystériques « que leur maladie leur est venue à la suite d'une peur ». Peur de n'importe quelle nature, du reste, peur du soldat dans la bataille, peur de l'enfant qui prend pendant la nuit les objets qui l'entourent pour des spectres et des revenants, ou qui redoute l'issue d'un examen (4), peur de l'individu qui rencontre sur son chemin un épileptique en proie à un accès. Et si la peur, comme toutes les émotions, est susceptible de déterminer l'apparition

(1) *Traité clinique des maladies de la moelle épinière.* Trad. française de Richard et Viry, 1879, p. 432.

(2) *Observations sur l'effet de la colère. — Gaz. des hôpitaux,* 1868.

(3) Mosso, *La peur.* Un vol. in-18, Paris, 1886.

(4) Krafft (Ch.), *Paralysies hystériques provoquées par la crainte des examens. Revue médicale de la Suisse romande,* mai 1891.

des phénomènes hystériques, elle est aussi capable de les faire subitement disparaitre.

Quelquefois, une seule émotion suffit pour provoquer le réveil de la névrose. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent c'est une série plus ou moins longue d'émotions répétées qui la fait apparaître. Ceci nous amène à dire quelques mots de l'hystérie développée sous l'influence de l'*éducation*. C'est là, on le comprend, un chapitre important de l'étiologie dans l'hystérie infantile. Aussi ce facteur a-t-il été mentionné par presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Brodie (1) n'écrivait-il pas déjà, en 1837, en parlant des accidents hystériques : « On ne peut rendre un plus grand service aux classes aisées de la société, qu'en expliquant aux parents combien le système ordinaire d'éducation tend à engendrer la prédisposition à ces maladies » ?

Les auteurs qui ont suivi : Briquet, Pâris (2), Casaubon ; Charcot et son école : Peugniez, Clopatt, Goldspiegel ; en Allemagne : Steiner (3) et Muller (4), pour ne citer que ces deux noms, sont d'un avis unanime.

« Par quels procédés, se demande M. Guinon, une éducation mauvaise peut-elle arriver à provoquer l'hystérie chez les enfants? Il y a tout d'abord les mauvais traitements matériels, les coups. Mais, dans ce cas, le problème est un peu complexe; il s'agit, en effet, non pas seulement d'émotions morales répétées, mais de traumatismes. Deux agents provocateurs de l'hystérie entrent donc en jeu.

« L'exaltation d'une imagination poussée à l'extrême par les pratiques religieuses des couvents ou des écoles peut être souvent le point de départ de l'hystérie, particulièrement chez les jeunes filles. Rappelons, à ce propos, l'histoire de la possédée de Louviers qui, à force de craindre

(1) Trad. D. Aigre, *op. cit.*, p. 51.
(2) *L'hystérie chez les jeunes garçons*. Thèse de Paris, 1881.
(3) *Jahrb. für Kinderheilk.*, t. XIV, p. 205.
(4) *Allg. Zeitschr. fur Psychiatrie*, Bd 30, p. 380.

le malin esprit, avait fini par le voir toutes les nuits dans sa chambre. La jeune fille en était devenue hystérique (1). L'époque de la première communion, les pratiques religieuses répétées et quelquefois fatigantes auxquelles donne lieu cette cérémonie, jouent à ce point de vue un rôle funeste chez bien des enfants. »

Les peurs que l'on fait aux enfants pour les empêcher de mal faire peuvent être également l'occasion du développement d'accidents hystériques. « Ce détestable mode d'éducation, dit avec raison Mosso (*op. cit.*, p. 143), n'a pas encore disparu ; on fait toujours peur aux enfants avec Croque-mitaine, avec des histoires de monstres imaginaires, de loups-garous, de magiciens et de sorciers. A tout moment on dit aux enfants : « Celui-ci va te manger, « celui-là va te mordre, appelez le chien, voici le ramo- « neur », et cent autres peurs qui leur font verser de grosses larmes et dénaturent leur gentil caractère en les troublant par d'incessantes menaces, par une torture qui les laisse timides et faibles », ajoutez, et qui n'est pas, chez bon nombre d'entre eux, sans influence sur le développement d'accidents nerveux de nature hystérique.

On peut faire la même remarque au sujet de cette fâcheuse habitude que l'on a, dans certains milieux, de bourrer à satiété l'esprit des enfants de contes fantastiques, dans lesquels les sorciers et les revenants jouent les principaux rôles. « Rien n'est aussi favorable au développement de l'hystérie, chez les jeunes garçons en particulier, dit M. Charcot, dans une leçon que nous avons recueillie (2), que cette croyance au merveilleux et au surnaturel. » Et notre maître rapporte, à ce sujet, l'histoire d'une petite épidémie d'hystérie ayant sévi sur les trois enfants d'une même famille, habitant un pénitencier militaire, et qu'on avait sottement associés à des pratiques

(1) *Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers* (1591). Bureau du *Progrès médical*. Coll. Bourneville, 1883.

(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1887, t. III, p. 226. *Spiritisme et hystérie*, 16e *Leçon recueillie par* Gilles de la Tourette.

réitérées de spiritisme. « La relation complète de cette petite épidémie de maison, dit M. Charcot, est fort instructive. Elle vous fait assister à l'évolution de la maladie dans une famille de *nerveux* et d'*arthritiques*, tributaires partant de deux diathèses dont l'alliance est des plus fréquentes et des plus effectives; elle vous fait pressentir les influences exercées par le genre de vie et les conditions d'habitude; enfin, elle vous indique clairement tout le danger, surtout chez les sujets prédisposés, des pratiques superstitieuses, — lesquelles ont malheureusement pour eux un si grand attrait, — de cette tension d'esprit constante dans laquelle sont plongés ceux qui s'adonnent au spiritisme, à la mise en œuvre du merveilleux pour lequel l'esprit des enfants est toujours si largement ouvert. »

M. Baratoux (1) a également donné la relation d'une épidémie d'hystérie qui sévit sur six enfants de la même famille bretonne, qu'on avait bourrés à satiété de contes fantastiques dans lesquels les sorciers et les revenants jouaient les principaux rôles.

Que conclure de tout cela au point de vue pratique? C'est que, chez des enfants quelque peu nerveux et impressionnables, l'éducation doit être surveillée avec beaucoup plus d'attention que chez les autres; on doit leur éviter les mauvais traitements, les frayeurs, se bien garder d'exalter leur imagination par l'exagération des pratiques religieuses et par la mise en œuvre du merveilleux et du surnaturel (2). Chez eux, en effet, tout cela peut provoquer un beau jour l'hystérie; car on ne peut nier que, dans les cas cités par M. Charcot, il n'y ait entre les pratiques spirites et l'éclosion de la névrose un rapport intime de cause à effet.

On peut, dit M. Guinon, à côté des émotions morales, ranger un agent provocateur de l'hystérie qui n'est autre que l'*imitation*. Les relations d'*épidémies d'hystérie* abon-

(1) *Les possédés de Plédran : Progrès médical*, 1881, n° 23, p. 550.

(2) Voy. à ce sujet J.-W. Hjelmann, *Ein Epidemie von hysterischreligiöser Ekstase*; analyse *in Fortschritte der Medicin*, Bd 8, 1890, p. 387.

dent. Dans le chapitre consacré à l'historique, nous avons montré le caractère épidémique nettement constaté de la chorée rhythmée du moyen âge; ce caractère se retrouve dans toutes les épidémies de couvent qui sévirent sur l'Allemagne et sur la France, du quinzième au dix-huitième siècle.

Nous n'en finirions pas si nous voulions les énoncer et les décrire une à une, d'autant que leur histoire est loin d'être close. Jules Simon, Armaingaud en ont rapporté de remarquables exemples. La dernière en date que nous ayons à citer est une épidémie de chorée rhythmée rapportée par Wichmann (1), qui donne vingt-six observations chez de jeunes enfants.

Comment interpréter la genèse de ces épidémies d'hystérie? Toujours par la même mise en œuvre de l'état de suggestibilité, laquelle est fonction pour ainsi dire du cerveau de l'individu prédisposé à la névrose. Dans un couvent se développe un cas d'hystérie; tous les enfants prédisposés, qui d'ailleurs ont vécu dans le même milieu, ont subi les mêmes incitations cérébrales que leur camarade d'étude alors souffrant, sont impressionnés au plus haut degré par la vue de ces convulsions bizarres, bien faites pour frapper leur jeune imagination. Leur cerveau, cire malléable, réagit dans le sens de cette incitation, et l'hystérie se révèle là où peut-être elle eût, faute de cause provocatrice, toujours sommeillé!

M. Guinon fait jouer un très grand rôle « à l'émotion causée par la vue d'autres hystériques dans les cas d'hystérie développée par suite d'imitation ». Le fait, cliniquement, est très réel, et il entraîne avec lui une question de pronostic des plus intéressantes. Nous verrons, en traitant de l'hystérie infantile, qu'à l'inverse de plusieurs auteurs, M. Charcot, se basant sur sa longue pratique, considère que cette forme de la névrose n'est pas très grave en soi, et qu'elle influe beaucoup moins sur la vie pathologique

(1) *Ein sogennante Veitstanz Epidemie,* in *Wilbal. Deust. med. Wochens.* nos 27 et 30, 1890. (Avec une bonne bibliographie des épidémies de chorée.)

ultérieure du sujet que l'hystérie des adultes, l'hystérie masculine en particulier. Or il est certain, de par la clinique, que les faits épidémiques d'hystérie sont, de tous, les moins tenaces. L'incitation dans ces cas a, pour ainsi dire, fixé la forme de la manifestation; vingt enfants sont pris, vingt ont connu le cas de début des attaques convulsives ou de chorée rhythmée; mais, de ce fait que la forme a été directement et immédiatement fixée par la vue d'une manifestation, il semble que l'organisme ait été moins profondément impressionné que lorsque, sous l'influence d'une cause banale, la frayeur, par exemple, le cerveau lui-même a eu à engendrer, à créer de toutes pièces la forme de la manifestation qui va se révéler. L'interprétation peut paraître spécieuse, l'évolution ultérieure des faits dans la direction pronostique que nous indiquons n'en est pas moins réelle; nous n'y insistons pas davantage, d'ailleurs, car nous n'aimons guère les théories, et, dans le cours de ce travail, on verra que nous les subordonnons toujours à la clinique.



Est-ce dans la même catégorie de causes, celle des émotions morales vives, que l'on doit placer l'influence des *tentatives d'hypnotisation* sur la genèse des accidents hystériques ? Nous ne le croyons pas ; ou tout au moins interviennent là d'autres facteurs de première importance. C'est là une question dont nous nous sommes particulièrement occupé, et que nous avons traitée, à plusieurs reprises, dans diverses publications (1).

Il est certain que le fait seul de se livrer à des manœuvres hypnotiques sur un individu provoque chez celui-ci, dans

(1) *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1re édit., 1887; 2e édit., 1889, in-8° de 583 p. — Article *Hypnotisme* du *Dict. encyclopédique des sciences médicales* (avec Paul Richer). — Charcot et Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme chez les hystériques.* — Dict. de Hack Tuke, 1891.

la majorité des cas, une émotion morale souvent très vive faite d'appréhensions ou d'espoir. Mais il existe là quelque chose de plus, sur lequel nous nous expliquerons longuement en traitant des rapports qui unissent l'hypnotisme et l'hystérie. Nous croyons, en effet, avoir démontré, avec M. H. Cathelineau (1), par des arguments presque irréfutables, que l'hystérie et l'hypnotisme étaient deux affections, deux états morbides qui se rapprochaient singulièrement l'un de l'autre; que l'hypnotisme, en particulier, ne se développait que chez les individus *hystérisables,* s'ils n'étaient même déjà en possession des stigmates caractéristiques de la névrose. On comprend, dès lors, quelle influence auront les tentatives d'hypnotisation sur la provocation des accidents hystériques.

Quoi qu'il en soit, ce qui est certain et doit trouver sa place dans un chapitre d'étiologie, c'est que les tentatives d'hypnotisation constituent un des meilleurs agents provocateurs de l'hystérie. MM. Charcot (2), Lombroso, Séglas (3) en ont recueilli et publié de nombreux exemples chez les enfants et chez les adultes. Nous avons même établi qu'il y avait un rapport direct de fréquence entre l'apparition de l'hystérie et les différents procédés d'hypnotisation mis en œuvre, à savoir, que les procédés dits *de force* étaient beaucoup plus nuisibles que les procédés dits *de douceur,* s'adressant uniquement à l'intellect du sujet (4).

En avril 1888, nous avons porté la question devant la Société de médecine légale, demandant avec notre maître, M. le professeur Brouardel, l'interdiction des représentations théâtrales des magnétiseurs, comme provocatrices des

(1) *La nutrition dans l'hystérie,* in-8° de 116 p., Paris, 1890. — *La nutrition dans l'hypnotisme.* — *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière,* n° 5, 1890.

(2) *Revue de l'hypnotisme,* 17 mai 1887, p. 326. — *Leçons du mardi* à la Salpêtrière, 12e leçon, p. 247.

(3) *Les dangers de l'hypnotisme.* — *Ann. méd., Psych.,* 7e série, t. X, 1889, p. 103.

(4) Gilles de la Tourette, *L'hypn. et les états analogues..., op. cit.,* chap. x; *Dangers de l'hypnotisme,* 1re édit., 1887, p. 298.

accidents hystériques, interdiction qui fut votée à l'unanimité, sans du reste obtenir des pouvoirs publics une sanction effective. La question est donc jugée.

Ce sont, le plus souvent, les manifestations convulsives qui se présentent à la suite des hypnotisations intempestives, ainsi que l'a établi M. Charcot, et il suffit de se rappeler que la *salle des crises* était l'accessoire obligé du traitement de Mesmer par le magnétisme. On observe encore, dans les cas de cet ordre, une transformation singulière du somnambulisme hypnotique en somnambulisme hystérique, dont nous aurons à parler ultérieurement.

* * *

Influence du traumatisme sur la provocation des accidents hystériques. — L'agent provocateur de l'hystérie, que nous allons maintenant étudier, a donné lieu, pendant ces dernières années, à des discussions sans nombre dont, à notre avis, l'ère peut être désormais considérée comme close; mais l'écho en est encore vibrant. Il s'agit de l'influence du *traumatisme* sur le développement des accidents hystériques. A deux reprises nous sommes intervenu (1) pour exposer les idées de notre maître, M. le professeur Charcot; mais nous devons, vu son importance, prendre la question de plus haut et donner l'exacte filiation des faits qu'on trouvera remarquablement analysés dans l'ouvrage de M. Guinon (chap. II).

Sous le nom de traumatisme, nous n'envisagerons pas uniquement l'action directe de l'agent traumatisant, quelque qualité que cette action présente; en neuropathologie, le traumatisme est intimement lié avec ce qu'en Angleterre on a appelé le *shock nerveux* (*nervous shock*). M. Gui-

(1) Gilles de la Tourette. — *Soc. de méd. légale,* 1888. — Gilles de la Tourette et Vibert. — *Congrès international de médecine légale,* 1889. Questions du programme adopté par la commission d'organisation : *Les traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale.* Imprimerie nationale, Paris, 1889, in-8° de 50 pages, p. 9 et suiv.

non a parfaitement caractérisé ce que, dans ces conditions, il fallait entendre par traumatisme.

« On donne, dit-il, le nom de shock nerveux (*nervous shock*) à l'état dans lequel se trouve un individu qui vient d'être victime d'un traumatisme ou d'une secousse matérielle quelconque plus ou moins violente, mais s'accompagnant toujours d'émotion vive, état caractérisé par une série de symptômes tant psychiques que somatiques. On appelle *hystéro-traumatisme* l'hystérie développée sous l'influence du traumatisme et de cet état qui en dérive, le shock nerveux. Le shock nerveux est tout différent de ce qu'on appelle le shock traumatique, accident toujours grave des grandes blessures et souvent mortel, tandis que le shock nerveux ne présente aucune gravité en lui-même, en ce qui touche la vie du malade, du moins. »

Nous ne saurions mieux dire et nous acceptons complètement les considérations exposées par M. G. Guinon. On pourrait les résumer en quelques mots qui caractériseraient l'enseignement de notre maître : dans le développement de l'hystérie, le traumatisme joue un grand rôle; mais son influence provocatrice n'est pas en raison directe de l'intensité du choc subi. Le shock nerveux est capital dans l'espèce. De plus, comme tous les autres agents provocateurs, le traumatisme ne produit ses effets que lorsqu'il agit sur les héréditaires prédisposés.

Quelques considérations historiques sont indispensables : nous les empruntons tant à notre rapport au *Congrès de médecine légale* qu'au travail de M. G. Guinon.

La connaissance de l'ensemble symptomatique relevant du choc nerveux, lequel englobe à la fois dans sa définition, et l'action locale du choc, et l'action du trauma sur les fonctions psychiques, est, disions-nous alors (1889), de date relativement récente.

Il faut, en effet, arriver au travail d'Erichsen (1), paru en 1866, pour voir la question que nous allons traiter se

(1) *On railway and other injuries of the nervous system*. Londres, 1866.

dresser subitement, avec d'autant plus de relief que presque rien n'y avait, dans les travaux antérieurs, préparé l'esprit de l'observateur.

Erichsen rapporte quatorze cas, dont quelques-uns ont trait à des accidents indépendants des collisions sur les voies ferrées : tels que chute d'un arbre, de voiture, etc. ; il remarque entre eux un certain lien qui leur donne une physionomie assez spéciale pour que, toujours, les symptômes observés le soient sous trois formes : symptômes cérébraux, symptômes spinaux, troubles du côté des membres. La cause unique des phénomènes serait, pour l'auteur, l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes, la méningo-myélite d'Abercrombie et d'Ollivier, d'Angers. S'il existe des troubles cérébraux, c'est que l'inflammation des méninges spinales s'est étendue aux méninges cérébrales. La moelle domine la pathologie du *railway-spine*.

Toute cette symptomatologie et sa synthèse anatomique sont bien vagues ; mais il faut se reporter à l'état des connaissances qu'on possédait alors sur les maladies de l'axe cérébro-spinal, et surtout à ce fait que l'hystérie masculine était alors une curiosité pathologique. D'ailleurs, prises individuellement, les observations d'Erichsen valent bien mieux, pour la plupart, que l'interprétation qu'il en donne, et plusieurs d'entre elles seraient parfaitement susceptibles aujourd'hui d'un diagnostic rétrospectif justifié.

Les opinions localisatrices d'Erichsen sont acceptées par Erb et Leyden (1) ; mais la question reste indécise, et pour cause, au point de vue nosographique. D'ailleurs, la localisation médullaire ne va pas tarder à déchoir du rang élevé qui lui est assigné par l'auteur anglais.

En 1882, paraît un ouvrage très remarquable de Page, chirurgien de la *London and North Western Company*, suivi bientôt d'une deuxième édition (2), dans laquelle deux

(1) *Traité pratique des maladies de la moelle épinière.* Paris, 1879, p. 425.

(2) *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock.* Londres, 1885.

cent cinquante cas sont analysés. Le cerveau devient le siège principal (*primary*) des troubles fonctionnels observés ; le *railway-brain* remplace le *railway-spine*. L'état mental des individus qui viennent d'être traumatisés ressemble à l'état mental des hypnotiques, et l'opinion générale qui se dégage de l'ouvrage de Page est que la neurasthémie et l'*hystérie* sont les principaux facteurs constitutifs du railway-brain.

Toutefois, dit M. Guinon, avant Erichsen et Page, on trouve, dans les auteurs, des observations indéniables d'hystérie développée sous l'influence du traumatisme.

Robert(1), en particulier, relate le cas suivant, qui ne peut être rapporté qu'au mutisme hystérique : « Dans quelques cas, dit-il, la commotion cérébrale a un autre résultat. Les malades perdent l'usage d'un sens. J'ai vu une femme qui, à la suite de cet accident, avait totalement perdu la faculté de nommer les choses ; j'ai vu également un maçon qui avait été privé de l'usage de la parole ; cet homme était à l'hôpital Beaujon depuis cinquante-cinq jours ; il ne se plaignait pas de céphalalgie bien intense, mais il ne pouvait dire un mot ; la Sœur me demanda de l'employer comme infirmier, j'y consentis ; un matin, il descendait l'escalier avec une infirmière qui portait une grande marmite de potage : cette femme glissa sur l'escalier et fut inondée par le potage chaud ; notre homme était présent, il se prit à rire comme un fou et recouvra aussitôt la parole. »

Leudet cite des cas, qu'il met sur le compte de la congestion de la moelle à la suite de chute ou d'efforts, et qui semblent bien devoir rentrer dans le cadre de l'hystérie traumatique. Le malade qui fait le sujet de l'observation IV de son premier travail (2) avait, outre un certain degré de paraplégie, des convulsions épileptiformes et de la contracture des membres. L'observation II, rapportée dans la

(1) *Conferences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu pendant l'année* 1858-1859. In-8°, Paris, 1860, p. 430.

(2) *Arch. génér. de méd.*, 1860, série VI, vol. I, p. 257.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen (1), paraît être un cas d'hystérie fruste, monosymptomatique, consécutive à un accident de chemin de fer. L'observation IV (2) a trait à un homme qui, le lendemain d'une chute sur le dos, présenta les signes d'une paralysie qui guérit spontanément, avec amblyopie persistante. Cinq ans plus tard, le même malade, à la suite d'une chute, est repris de paraplégie, avec anesthésie des membres supérieurs et inférieurs, de la poitrine et du dos.

Kussmaul (3) cite un cas décrit par Wertner. Une jeune fille de treize ans tombe sous une voiture et n'a que quelques écorchures de la peau. Mais elle perd subitement la parole. Tout est tenté pendant treize mois sans succès. Un beau jour, la jeune fille se précipite dans les bras de sa mère en disant à haute voix : « Maman, je parlerai encore. » Elle était guérie. On peut rapprocher cette observation de celle de Robert, que nous citions plus haut.

Pour montrer combien de tels cas durent passer inaperçus, n'étant pas rapportés à leur véritable cause, M. Guinon analyse un fait qui lui a été communiqué par M. Charcot et que celui-ci recueillait, en 1872, dans le service de M. Maurice Raynaud, à l'hôpital de la Charité. L'observation fut dénommée alors : *Épilepsie de cause spinale provoquée et arrêtée.* « Je me rappelle très bien ce malade, disait M. Charcot, en communiquant à M. Guinon la note que celui-ci publie ; on pourrait aujourd'hui l'étiqueter sans hésiter : *Accidents hystéro-traumatiques, attaques d'hystérie probablement à forme d'épilepsie partielle, consécutifs à un éboulement.* »

Pourquoi donc l'attention de M. Charcot n'avait-elle pas alors été attirée du côté de l'hystérie, que lui-même avoue reconnaître aujourd'hui rétrospectivement, en se remémorant ce malade ? C'est que, tout d'abord, l'hystérie masculine n'était pas monnaie courante à cette époque

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874, p. 386.
(2) *Ibid.*, p. 392.
(3) *Les troubles de la parole*, p. 200.

comme elle l'est actuellement. De plus, on ne savait pas que le traumatisme peut être un agent provocateur de cette névrose. Il l'était cependant, tout comme aujourd'hui. Les faits de ce genre en font foi. En 1878, d'ailleurs, M. Charcot (1), sans traiter, il est vrai, de l'hystéro-traumatisme tel qu'on le conçoit aujourd'hui, signalait l'influence que peut exercer le traumatisme sur le développement des accidents hystériques.

La question en était là, le travail d'Erichsen non interprété l'avait laissée dans l'ombre, la deuxième édition de Page allait paraître (1885), lorsque furent publiés deux mémoires qui allaient provoquer de très nombreuses discussions, lesquelles devaient aboutir enfin à la solution de la controverse.

Les voies ferrées avaient pris une énorme extension, entraînant avec elles un cortège inévitable d'accidents ; les traumatisés sollicitaient une indemnité des compagnies, et il était difficile, en présence des symptômes qu'ils présentaient et vu les connaissances médicales imparfaites du moment, de porter un diagnostic assuré. L'intérêt médico-légal était grand ; c'est par ce côté qu'on aborda la question.

Ce furent les Américains, gens pratiques et dans le pays desquels les grandes catastrophes de chemin de fer ne sont pas rares, qui l'envisagèrent les premiers. En 1882, M. Walton, retour de France, où il était venu se familiariser avec les maladies nerveuses, sous les auspices de M. Charcot, publie un mémoire (2) dans lequel il trouve chez ses malades les signes de l'hystérie et rapporte, avec raison, à cette maladie les divers accidents nerveux qu'il constate comme conséquences du traumatisme. Quelque temps après, M. Putnam (3) arrive aux mêmes conclusions.

(1) De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale : *Progrès médical*, 3 mai 1878.

(2) Hysterical anæsthesia brought on by a fall : *Boston med. and surgical Journal*, 11 décembre 1884, et *Arch. of med.*, 1882, t X.

(3) The medico-legal significance of hemianœsthesia after concussion accidents : *Am. Journ. of neurology and psychiatrie*, août 1884.

L'impression laissée par la deuxième édition de Page (1885) dans laquelle sont rapportés des cas de paralysies analogues à celle que l'on produit dans l'état hypnotique, comme nous l'avons dit et ainsi que le fait remarquer M. Charcot (1), était faite pour corroborer cette opinion.

Pendant ce temps, en Allemagne, un courant d'idées totalement différent s'établissait. On fut bien obligé de renoncer à l'idée première de Leyden, qui attribuait tous les accidents nerveux traumatiques à des lésions organiques. Mais on se refusa cependant à les ranger à leur véritable place, c'est-à-dire dans l'hystérie, pour la plupart tout au moins.

Dans un premier mémoire, plein de faits d'ailleurs très intéressants et fort bien observés, ayant trait en grande partie à des chauffeurs, chefs de train, ouvriers victimes d'accidents de chemin de fer, MM. Oppenheim et Thomsen (2) veulent faire une névrose spéciale, la *névrose traumatique,* des accidents tels que : hémianesthésie, anesthésies sensorielles, rétrécissement du champ visuel, qu'ils ont rencontrés chez leurs malades. Ils se basent, pour appuyer leur thèse, sur un certain nombre d'arguments dont voici les principaux : tout d'abord, l'hémianesthésie chez ces malades est tenace et non mobile et fugace, comme cela a lieu, suivant eux, dans l'hystérie; deuxièmement, l'état mental des traumatisés, loin d'être changeant, est plutôt gai : caractéristique qui, pour ces auteurs, appartient encore à l'hystérie, se rapproche surtout de la dépression mélancolique. Nous verrons, en décrivant l'hystérie masculine, ce qu'il faut penser de ces assertions.

Il était réservé à M. Charcot d'apporter la lumière dans ces débats dont on comprendra l'importance, en réfléchissant à ce fait, que l'adoption de l'opinion allemande eût été la consécration d'une erreur complète de nosographie. Une grande partie des hystériques mâles et adultes eût été, du fait même de leur exposition constante au traumatisme,

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, p. 392.
(2) *Arch. de Wesphall,* Bd XV, Heft 2 et 3.

placée dans le cadre d'une névrose hypothétique qui devait forcément conduire ses partisans à la plus évidente des confusions.

En 1885, dans ses leçons sur l'hystérie chez l'homme et sur les paralysies hystéro-traumatiques, M. Charcot (1) prouva, jusqu'à l'évidence, que l'hystérie est souvent provoquée par un traumatisme. Il démontra que la plupart des accidents nerveux, tels qu'anesthésies sensitivo-sensorielles, attaques convulsives, paralysies, contractures, etc., que l'on rencontre chez les traumatisés, ne sont en réalité que des accidents hystériques identiques, à tous points de vue, avec ceux bien connus et désignés dès longtemps sous ce nom, qui se produisent sous l'influence de toute autre cause. Il est, depuis cette époque, plusieurs fois, lui (2) ou ses élèves (3), revenu sur ce sujet, et toujours les résultats de la clinique journalière sont venus confirmer ses précédentes affirmations.

Sous l'influence des travaux de l'École de la Salpêtrière, la question entra dans une nouvelle phase. C'est ainsi que, dans un mémoire lu à la Société de médecine de Berlin, le 16 janvier 1888, M. Oppenheim (4), sans abandonner

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III : *De l'hystérie chez l'homme*, 18e à 26e leçon. La plupart de ces leçons avaient été publiées en 1885 dans le *Progrès médical*.

(2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. 2 vol., 1887-1889, *passim*. — *Leç. sur les maladies du système nerveux*, t. III.

(3) Berbez, *Hystérie et traumatisme*. Thèse de Paris, 1887. — *Du même*, L'hystéro-traumatisme : *Gaz. des hôpitaux*. 6 août, n° 95, 1887. — G. Guinon, A propos de deux travaux récents sur l'hystéro-traumatisme : *Progrès médical*, 1888, n° 44. — *Du même*, Hystérie dans ses rapports avec la chirurgie : *Revue de chirurgie*, 1888, n° 11. — Thyssen, *Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme*. Thèse de Paris, 1888. — Gilles de la Tourette, *loc. cit.*, 1888, 1889. — Voy. aussi : Vibert, Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer, in-8°, Paris, 1888, et *Société de médecine légale*, 1888.

(4) Oppenheim, Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems auszufassen welche sich nach Erschütterung des Rückenmarkes, inbesondere Eisenbahnenfällen entwicklen : *Soc. de méd. interne de Berlin*, 16 janvier 1888, et *Bulletin médical*, 1888, n° 8. — *Du même*, Ueber das Wesen und dennosologischer Charackter... Berl. aertzl... 1888, n° 5. — *Du même*, Railway-spine in *Real-Encyclopædie* d'Eulenburg.

l'idée d'une névrose traumatique, fit désormais une large place à l'hystérie dans les accidents nerveux survenus à la suite des collisions de chemin de fer, devançant en cela son ancien collaborateur, M. Thomsen (1), qui tient toujours pour la névrose spéciale soutenue également en Amérique par Knapp (2) et par Clevenger (3), qui propose, de plus, de donner à un certain groupe de symptômes le nom d' « Erichsen's disease ». On peut, d'ailleurs, considérer son ouvrage comme le triomphe de la confusion des idées en pareille matière.

M. Bernhardt (4), au contraire, approuvait l'évolution de Thomsen, et, dans la discussion qui suivit ces communications, M. Leyden (5) vint encore appuyer de sa haute autorité les conclusions nouvelles de ses collègues. Mais, en 1888, l'évolution n'est pas encore complète, et l'idée d'une névrose spéciale liée au traumatisme trouve encore sa place dans un mémoire de M. Strumpell (6).

Pour cet auteur, on doit distinguer deux groupes dans les affections nerveuses consécutives aux traumatismes : les névroses traumatiques générales et les névroses traumatiques locales. Ces dernières rentrent, suivant lui, dans l'hystérie. Ce sont des paralysies, des contractures, des algies hystériques, non accompagnées de troubles psychiques. La névrose traumatique générale, qui participe à la fois des signes de l'hystérie et de la neurasthénie, com-

(1) THOMSEN, Vier Fälle von traumatischer und Replexpsychose : *Charité Annalen*. 1888, XIII, Jahrg.

(2) KNAPP (P.-L.), Nervous affections following injury. Concussion of the spine and railway-brain : *Boston med. and surg. Journal*, 1888, CXIX, 421, 429.

(3) CLEVENGER, Spinal concussion surgically considered as a cause of spinal injury and neurologically restricted on certain symptom group for which is suggested the designation, Erichsen's disease as one form of the traumatic neuroses. Philadelph. et Lond., in-8°, 338 p. 1889.

(4) BERNHARDT, Beitrag zur Frage von der Beurtheilung der nach heftigen Kopererchütterungen in specialen Eisenbahnenfällen. *Deutsche med. Wochens.*, 29 mars 1888, et *Soc. de méd. int. de Berlin*, 26 février 1888.

(5) LEYDEN, *Soc. de med. int. de Berlin*, 6 février 1888.

(6) Ueber die traumatischen neurosen : *Berl. klin. Samlung Vortraëge*, 1888, Heft 3.

prend les cas où, à côté de troubles psychiques, tels que mélancolie, hypocondrie, affaiblissement de la volonté, de la faculté de travailler de tête, se montrent des anesthésies sensitives et sensorielles, du rétrécissement du champ visuel, des douleurs subjectives, des tremblements, des contractures, etc.

N'eût-il pas été préférable, dit M. G. Guinon, au lieu de vouloir créer un type morbide nouveau pour désigner ces cas-là, de les considérer tout simplement comme des associations de l'hystérie et de la neurasthénie?

Ces réflexions sont tout à fait applicables à la lecture des observations renfermées dans un nouveau et important mémoire de M. Thomsen (1).

Mentionnons encore, pour y revenir, un travail de M. Grasset (de Montpellier) (2), qui veut faire de l'hystérie traumatique une hystérie spéciale, alors qu'à notre avis il n'existe, comme l'a dit M. Brissaud, « qu'une hystérie une et indivisible ».

Enfin, le dernier écho de l'opinion de M. Oppenheim nous est apporté par un article (3) que nous retrouverons en traitant de la nature intime de l'hystérie. Nous traduisons textuellement : « Il y a une différence capitale entre une paralysie ou une anesthésie hystérique développée sous l'influence du traumatisme, et la névrose traumatique, du fait même de la *curabilité* des manifestations. D'un côté, l'état hystérique nous vient en aide, car, par une excitation relativement faible, on peut mettre en œuvre l'émotivité qui rétablit la capacité de conduction; dans la névrose traumatique, cet état fondamental nous fait défaut, et par là nous est fermé le chemin le plus commode pour le rétablissement de la conductibilité nerveuse une fois coupée. »

(1) *Die traumatische Neurosen,* in-8°, 1889.

(2) *Leçons sur l'hystéro-traumatisme,* recueillies par L. Bourguet. In-8°, 37 pages. Montpellier, 1889.

(3) Thatsatliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie, *Berlin. klin. Wochens.,* 23 juin 1890, n° 25, p. 554.

M. Mœbius a pris la peine de réfuter cette dernière objection dans une analyse (1) qu'il a faite du travail de M. Oppenheim. « Je voudrais m'élever, dit-il, contre la séparation voulue par M. Oppenheim entre la névrose traumatique et l'hystérie. Mon opinion est que, sur le terrain pratique, il faut conserver le nom de névrose traumatique; mais, par l'observation scientifique, cette névrose apparaît comme une forme de l'hystérie. » En ce qui regarde la curabilité, ajoute-t-il, M. Charcot a depuis longtemps démontré que l'hystérie traumatique masculine et la soi-disant névrose traumatique sont aussi difficilement curables l'une que l'autre.

La question nous semble désormais jugée, et ce qui semble le prouver, c'est que les idées assez peu précises que M. Schultze émit au sujet de la névrose traumatique, de l'hypocondrie, de la mélancolie et de la simulation, etc., au *Quatorzième Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud* (2), dans la séance du 26 mai 1889, semblent n'avoir pas reçu de la part des membres du congrès un excellent accueil! M. Thomsen, constatant la ressemblance de la névrose traumatique avec l'hystérie, proposait de remplacer le terme de névrose traumatique locale par celui de neuropsychose généralisée, et M. Jolly lui répondait, avec beaucoup de justesse : « Dites plutôt *hystérie provoquée par le traumatisme.* »

En 1890, au *Congrès de Berlin,* sur un rapport du même M. Schultze, qui concluait encore qu'il y avait *diverses* névroses traumatiques, et qu'il n'existait que peu ou pas de signes objectifs permettant de distinguer la simulation de la réalité des faits (3), la discussion s'égara

(1) Tirage à part s. l. ni indication de source, 1890.

(2) Compte rendu par Kéraval, *in Arch. de Neur.*, vol. 19, mars 1890, n° 56, p. 264, 265.

(3) M. Schultze ayant eu, depuis le congrès de Berlin, l'occasion d'observer douze nouveaux cas, a émis les mêmes opinions, ou à peu de chose près, au Congrès des neurologistes et psychiatres de l'Allemagne du Sud, tenu à Baden du 6 au 7 juin 1891. (Anal. in *Mercredi médical*, n° 25, p. 318, 24 juin 1891.)

sur les simulateurs : elle ne mérite pas plus qu'une simple mention.

Enfin, en 1891, M. Page, chirurgien de la « London and North Western Company », dont on ne peut contester la haute compétence en pareille matière, dans un nouvel ouvrage qui complète admirablement la deuxième édition de son livre si connu, s'exprime en ces termes : « Personne de raisonnable ne peut douter, après la lecture des travaux de Charcot, d'*Oppenheim*, de Strümpell, de Guinon, de Thorburn, de Dreschfeld, de Weir Mitchell et de bien d'autres, que les désordres hystériques soient enclins à suivre le traumatisme (*injury*) et à en être le résultat. Jamais, depuis aussi longtemps que je sache, on n'a trouvé, pour les qualifier, un meilleur terme que celui d'*hystérie traumatique*. »

Et Page (1), qui, rappelons-le encore, a été le premier à assimiler l'état mental des traumatisés à celui des hypnotiques, c'est-à-dire des hystériques, ajoute plus loin, en matière de conclusion : « Une étude très soigneuse des écrits d'Oppenheim me conduit à cette conclusion qu'il n'y a pas une très grande différence entre ses opinions (*views*) et celles que j'ai moi-même mises en avant. » Nous ne pouvions espérer davantage (2).

Si, cependant, il nous était permis d'exprimer notre avis sur une question qui, dès maintenant, est entrée dans la période historique et qui n'a, partant, plus qu'un intérêt rétrospectif, nous dirions : « La véritable raison pour laquelle on a chargé de tant de méfaits une névrose hypothétique, c'est que l'on ne connaissait que d'une façon tout à fait insuffisante l'hystérie masculine. »

En la montrant telle qu'elle est, avec son cortège si par-

(1) Page, Railway injuries with special reference to those of the back and nervous system in their medico-legal and clinical aspects. Londres, 1891, chap. IV : *The fright neuroses, traumatic hysteria*, p. 60 et suiv.

(2) M. Donath a encore rapporté, à la Société des médecins de Buda-Pesth, un cas de *monoplégie brachiale hystérique* caractéristique survenue à la suite d'une chute sur la tête, dans un escalier. *Mercredi médical*, n° 24, p. 312, 17 juin 1891.

ticulier de symptômes physiques et psychiques, M. Charcot a, pour ainsi dire, révélé subitement l'existence d'une affection nouvelle, quoique bien vieille et longtemps méconnue. Dans ces conditions, il lui appartenait forcément de montrer, le premier, qu'en dehors de maladies bien définies (paralysie agitante, ataxie locomotrice et bien d'autres susceptibles de se développer sous l'influence du traumatisme), il n'était pas besoin de créer une nouvelle maladie — névrose traumatique — dont les signes ne sont autres que ceux d'un état morbide bien connu, l'hystérie associée ou non dans la circonstance à la neurasthénie.

Nous devons ajouter que MM. Thorburn (1) (de Manchester), Bruns (2) (de Hanovre), Melotti (3) (de Bologne), n'avaient pas attendu la fin de la discussion pour se ranger à l'opinion de notre maître.

*
* *

Le traumatisme joue donc un rôle indéniable comme agent provocateur de l'hystérie. A l'instar de tous les autres agents, il est nécessaire qu'il porte son action sur des individus prédisposés, ainsi que l'a montré M. Charcot, par l'étude approfondie des antécédents héréditaires des malades traumatisés soumis à son observation (4). Aussi la

(1) On traumatic hysteria especially in relation to railway accidents : *The medical Chronicle.* Manchester, décembre 1888, janvier 1889.

(2) Zur casuistik der traumatischen Neurosen : *Neurolog. Centralblatt*, n°s 5, 6, 1889.

(3) Studii critici intorno ad alcuni argomenti di neuropatologia, p. 48, Milan, 1889. — Nous nous arrêtons là dans cette bibliographie qui comprend encore un grand nombre d'articles, de discussions devant les sociétés scientifiques. On les trouvera cités et résumés dans une excellente *Revue critique*, « Neurosi traumatiche », de M. Seppili, in *Revista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, vol. XVII, fasc. I, II, Reggio-Emilia, 1891 (avec bibliographie).

(4) Voy. à ce sujet une très intéressante observation de MM. Bitot et Lamarque, *Un cas d'hystéro-traumatisme chez l'homme.* In-8° de 22 p., Bordeaux. 1889.

nature du traumatisme importe-t-elle peu. Les traumatismes par *collisions de chemin de fer* n'ont donc pas le monopole de produire les accidents dont nous parlons; ils fournissent un fort contingent d'observations, par ce fait que ces accidents sont fréquents; et, par suite du grand nombre de victimes qu'ils font à la fois, ils frappent fortement l'esprit du statisticien. Lors de ces traumatismes, comme lors de tous les autres, du reste, il s'ajoute au choc lui-même une émotion morale vive, un shock nerveux qui, dans la circonstance, vient singulièrement en aide à l'agent provocateur. Une chute de voiture, dans un escalier, la morsure d'un chien, l'application d'un simple appareil à fracture (1) sont aussi efficaces que la plus violente collision. M. Guinon (*op. cit.*, p. 46) rapporte un cas dans lequel « le véritable traumatisme opératoire était une simple incision au niveau du périnée et où la manifestation hystérique a été provoquée par le traumatisme exercé sur la cuisse par l'un des aides, qui la tenait vigoureusement écartée (2) ».

L'*intensité* du traumatisme n'importe guère plus que sa nature. C'est un fait bien connu que ce ne sont pas, dans les accidents de chemin de fer, les individus les plus violemment traumatisés qui seront nécessairement les plus sujets au développement d'accidents nerveux ultérieurs : tout cela est affaire de terrain.

Toutefois, ce qui donne un intérêt spécial à la question, c'est que, parfois, le traumatisme a une action directe indiscutable sur la constitution de certains phénomènes d'hystérie locale. M. Charcot en cite des exemples tout à fait caractéristiques. C'est d'abord cette femme de trente et un ans qui donne un soufflet à son enfant et chez laquelle se

(1) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 26e leçon.

(2) G. GUINON, *L'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie : Revue de chirurgie*, 1888, n° 11. — RENARD, *De la contracture hystéro-traumatique*. Thèse de Paris, 1886. — BENTÉJAC, *De quelques phénomènes nerveux observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen*. Thèse de Paris, 1888.

développe presque instantanément une paralysie hystérique de la main avec anesthésie superficielle et profonde, en forme de gant, caractéristique, limitée en haut par une ligne circulaire passant à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pli articulaire du poignet. Il rapporte de même, entre plusieurs, des cas où un coup de tampon de wagon, une chute sur l'épaule, déterminent une monoplégie brachiale hystérique. Et même plus, un individu bousculé par une voiture perd connaissance. Revenu à lui, il est convaincu que les roues lui ont passé sur le corps, alors que des témoins oculaires affirment positivement le contraire. Quelque temps après, sous l'influence de phénomènes psychiques que nous analyserons, se développe une paraplégie avec ligne circulaire d'anesthésie s'arrêtant net au niveau du passage présumé des roues de la voiture (1).

M. le professeur Grasset a rapporté l'histoire fort intéressante d'un homme mordu par un chien enragé, chez lequel se développèrent des attaques d'hystérie rappelant les accès de rage (2). M. G. Salavy nous a communiqué un cas analogue. Chez une jeune fille de vingt-cinq ans, indemne jusqu'alors d'accidents hystériques, une morsure de la main droite, suivie de phlegmon, détermina l'apparition d'accidents suivis d'hallucinations qui simulèrent absolument les manifestations rabiques.

C'est dans les causes ressortissant aux émotions morales vives autant qu'au traumatisme, qu'il faut placer les *tremblements de terre* comme agents provocateurs de l'hystérie. Peyre Porcher (3) et Guiteras (4) ont donné une bonne

(1) Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887-1888, p. 111 : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, *passim* et p. 441.

(2) Grasset, *Hystérie rabiforme chez un homme, après morsure par un chien enragé et le traitement Pasteur : Semaine médicale*, n° 36, 22 juillet 1891, p. 289.

(3) Influence of the recent earthquake shocks in Charleston upon health : *Med. News*, Philadelphia, 1886, n° 24.

(4) Influence of the recent earthquakes in Charleston upon health : *Med. News*, Philadelphia, 1887, n° 2.

description des accidents de toute nature qui suivirent les tremblements de terre de Charleston en 1886. On trouve dans ce dernier des faits indéniables d'hystérie. A la suite du tremblement de terre de Nice (1887), M. Charcot a observé un cas de paraplégie hystérique due à la frayeur, qu'il a communiqué à M. Guinon (p. 56). Le shock nerveux, nous le répétons, agit là bien plus que le traumatisme lui-même; ce sont des faits à rapprocher des paralysies émotives (*Schrecklähmungen*) des auteurs allemands.

Dans la même catégorie, se placent les accidents hystériques développés à la suite du *choc de la foudre*. Ces derniers faits ont été magistralement étudiés et interprétés dans une leçon de notre maître (1), à laquelle nous emprunterons les conclusions suivantes, qui méritent de clore les pages précédentes, consacrées à l'action du traumatisme comme agent provocateur de l'hystérie :

« 1° Dans les cas de fulguration, en outre des accidents nerveux qui relèvent directement de la commotion électrique, il faut s'attendre à voir souvent l'hystérie intervenir tôt ou tard ;

« 2° Lorsqu'une fulguration partielle aura déterminé la production d'une paralysie relevant directement de l'action électrique, si l'hystérie, par suite, entre en scène, la paralysie hystérique pourra se superposer et ensuite se substituer à la paralysie primitive (2). »



Influence des maladies générales et infectieuses. — Les agents provocateurs que nous allons étudier dans ce para-

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière,* 1889, 19e leçon : *Accidents nerveux provoqués par la foudre.*

(2) Voy. également Limbeck, *Paralysie par coup de foudre.* Soc. des méd. all. de Prague : *Anal. in Mercredi médical,* 8 juillet 1891, n° 27, p. 348. — F. Vizioli, Nervosi tardive per effeto di fulmine : *Annali di Neurologia,* nouv. série, ann. ix, fasc. I, 1891, p. 31. — Freund et Kaiser, Ein Fall

graphe agissent en déterminant un épuisement général qui retentit profondément sur un système nerveux prédisposé. C'est là un chapitre tout à fait moderne de pathologie, dont on retrouve des vestiges dans les anciens auteurs, mais que M. Charcot a surtout mis en lumière par une interprétation rationnelle des faits.

Sydenham, qui a tant fait pour l'hystérie, rapporte une observation (1) dans laquelle l'hystérie se développa « chez un homme de condition et de beaucoup d'esprit, qui depuis peu de jours relevait d'une fièvre ; son médecin l'avait fait saigner, l'avait purgé trois fois et lui avait défendu la viande ». Sydenham déclara « que le symptôme était uniquement l'effet de l'épuisement ». Il prescrivit un régime tonique, et les accidents disparurent.

Dans sa thèse d'agrégation (2), notre maître Landouzy cite un cas emprunté à Trousseau, de paraplégie hystérique dans la convalescence d'une *fièvre typhoïde*. MM. Charcot (3), Furet (4), Grasset (5) en rapportent trois autres exemples.

Ce que nous disons de la fièvre typhoïde s'applique aux autres maladies infectieuses : pneumonie (6), scarlatine (7),

von Schreckneurose mit Gehörs anomalieen : *Deuts. Med. Wochens.*, n° 31, 30 juillet, 1891, p. 949.

(1) *Schedulæ monitoria*, t. I, p. 384. (Cité par G. Guinon, *op. cit.*, p. 75.)

(2) *Des paralysies dans les maladies aiguës*. Thèse d'agr., 1880. — Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 4e édit., t. I, p. 359.

(3) *Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme : Progrès médical*, 1888, nos 4 et 6. Cas de Leloc...

(4) *Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides*. Thèse de Paris, 1888.

(5) *Leçons sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë* (f. typhoïde et grippe), recueillies par Rauzier : *Gaz. hebd. des sciences méd.* de Montpellier, février 1890.

(6) *Pneumonie*. — Desterne, *De l'hystérie chez l'homme et du traitement du paroxysme hystérique par le chloroforme*. Thèse de Paris, 1850, et *Union médicale*, 1848. — Lépine, Thèse de Paris, 1870. — Charcot, *Arthralgie hystéro-traumatique du genou : Progrès médical*, 1884, n° 4, p. 65.

(7) *Scarlatine*. — Grenier, *Diabète et hystérie : Arch. gén. de méd.*, octobre 1888 (obs. de Surmay).

grippe (1), diphthérie (2), rhumatisme articulaire aigu (3). A propos de ce dernier, nous noterons l'influence qu'il peut avoir sur la détermination locale de l'hystérie.

A côté des maladies aiguës il faut placer les maladies générales, infectieuses ou non, dont l'influence provocatrice sur l'hystérie a été démontrée indéniable par une série de travaux récents.

Grenier, réunissant une série de faits, a fait voir — ce que l'on savait déjà — que non seulement le *diabète* peut provoquer le réveil de l'hystérie déjà existante, mais encore faire naître pour la première fois ses manifestations.

Ce que nous disons du diabète s'applique également à l'*impaludisme* (4). Ici même, l'hystérie, affection essentiellement mimétique, comporte parfois dans ses manifestations le caractère intermittent de la malaria; mais il ne saurait être question, dans l'espèce, d'*hystérie palustre,* au vrai sens du mot; c'est, comme toujours, de l'hystérie pure et simple qu'il s'agit dans tous les cas.

Dans les divers travaux que nous citons, particulièrement dans celui de MM. Boinet et Salebert, le diagnostic

(1) *Grippe.* — Grasset, *loc. cit.* — Le Joubioux, *De l'hystérie consécutive à la grippe.* Thèse de Paris, 1890. — Brionne, *Contribution à l'étude de la forme nerveuse de la grippe.* Thèse de Paris, 1890. — Bidon, *Étude clinique de l'action exercée par la grippe de* 1889 *sur le système nerveux : Revue de méd.*, n° 8, 10 août 1890, p. 661, obs. XXXV et suiv.

(2) Debove, *Hémiplégie hystérique avec atrophie survenue à la suite d'une diphthérie : Gaz. des hôp.,* 29 octobre 1889, p. 124.

(3) *Rhumatisme articulaire aigu.* — Huchard, *Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides.* — Leudet, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen,* Paris, 1874, p. 123.

(4) *Impaludisme.* — Vigla, *Gaz. des hôp.,* 24 novembre 1848. — Breuillard, Thèse de Paris, 1860. — Marmisse, *Hystérie à forme intermittente : Gaz. méd. de Bordeaux*, 1876. — Ricoux, *Fièvre intermittente larvée à forme hystérique : Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1878. — Vincent, *Des paralysies dans la fièvre intermittente et de leur pathogénie.* Thèse de Montpellier, 1878. — Boinet et Salebert, *Des troubles moteurs dans l'impaludisme : Revue de méd.*, n° 11, 10 novembre 1889, p. 933. — Regnault, *Hystérie et impaludisme : Gaz. des hôp.*, 1890, p. 23. — Teissier, *Sur les troubles nerveux lointains consécutifs au paludisme : Bull. méd.*, 30 avril 1890. — Lejonne, *De l'influence du paludisme sur le développement des névroses.* Thèse de Lyon, 1890. (Exposé des idées de Teissier.)

d'hystérie n'est pas toujours porté, mais il s'impose, pour certains faits, à la lecture des observations. Ce dernier travail est en outre intéressant en ce qu'il nous montre la névrose se développant chez les tirailleurs annamites et tonkinois.

Il était présumable que la *syphilis*, par la perturbation profonde qu'elle apporte dans l'organisme, par les impressions psychiques qu'elle crée si souvent à son début, devait être, vu sa fréquence, un agent provocateur très actif de l'hystérie.

Zambaco (1), dès 1862, admet l'existence d'une hystérie symptomatique de la syphilis, se fondant sur ce fait que les accidents nerveux disparaissent par l'emploi des mercuriaux. Il avait bien vu par quel mécanisme l'hystérie éclate chez les syphilitiques : « La diathèse hystérique — dit-il — peut provoquer chez certaines femmes nerveuses l'explosion d'accidents hystériques, tantôt par la secousse générale qu'elle imprime à l'économie en tant que maladie infectieuse... » Mais il se trompait, dit M. G. Guinon, en voulant faire de l'hystérie, qui est une maladie type, un symptôme de la syphilis.

En 1873, M. Fournier (2) s'exprimait ainsi d'excellente façon : « Il est assez commun que des femmes anciennement hystériques, dont les accès s'étaient amendés depuis un certain temps, voient tout à coup leurs crises et leurs anciens malaises nerveux reparaitre dans le cours de la période secondaire. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole, ces femmes redeviennent hystériques *à compte nouveau*, si je puis ainsi dire, ou le deviennent à un degré supérieur, si elles n'avaient cessé de l'être. L'hystérie, qui chez elles s'était calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle. »

(1) *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862, p. 451 et suiv. Voy. aussi Faid, *Troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'anesthésie syphilitique*. Thèse de Paris, 1870.

(2) *Leçons cliniques sur la syphilis*..., 1873, p. 816.

C'est un cas de cet ordre, du rappel de la névrose lors de la période secondaire de la syphilis, qu'a publié M. Paul Raymond (1).

Cette question a été, dans ces dernières années, reprise par M. Potain (2) et M. Charcot, qui ont montré que, en aucune façon, on ne saurait faire de l'hystérie un symptôme appartenant en propre à la syphilis. « Le malade en question, dit M. Potain, était hystérique de par lui-même; la vérole a donné le branle-bas aux troubles nerveux, à l'hystéro-épilepsie dont il est atteint », et voilà tout.

M. Charcot a, de plus, insisté sur le mode de constitution et sur la forme des accidents hystériques du fait même de la syphilis (3). Ce sont des cas sur lesquels nous reviendrons. L'influence de la syphilis, comme agent provocateur direct ou de rappel de l'hystérie, est donc absolument démontrée.



En regard des maladies générales, aiguës ou chroniques, dans lesquelles nous ferons entrer la chlorose (4), nous placerons certains états transitoires qui, à l'instar des précédents, placeront l'organisme dans cet état de misère

(1) *Hystérie et syphilis; paralysie psychique : Progrès médical*, 7 avril 1888, p. 263.

(2) *Hystéro-épilepsie et exostose syphilitique : Gaz. des hôp.*, 1887, n° 47. — *Un nouveau cas de paralysie hystérique chez un syphilitique : ibid.*, n° 53.

(3) *Hystérie et syphilis. De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation et sur la forme des accidents hystériques.* Leçon résumée par GILLES DE LA TOURETTE, *Progrès médical*, 17 décembre 1887, p. 511. Nous avons publié *in extenso* l'observation de ce malade dans le *Morgagni*, anno XXX, janvier 1888 : Dell'influenza di una intossicazione..., etc. — Voy. encore RICHARD, *Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques* (une observation douteuse). Thèse de Paris, 1887. — Une observation personnelle de GUINON, *op. cit.*, p. 114. — ROUBY, *Contribution à l'étude de l'hystérie toxique. De l'apoplexie hystérique dans la syphilis.* Thèse de Paris, 1889.

(4) LARROQUE, *Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité cutanée dans la chlorose.* Thèse de Bordeaux, 1888 (faite sous l'inspiration du professeur Pitres).

physiologique si favorable au développement de l'hystérie. De ce nombre sont les *hémorrhagies* plus ou moins prolongées, le *surmenage physique et intellectuel*, les *excès vénériens* et l'*onanisme*.

Sydenham a insisté, nous l'avons vu, sur les *saignées répétées*, comme cause provocatrice de l'hystérie.

A propos d'un Israélite porteur d'une hémiplégie hystérique, « émacié, prostré et profondément anémié », M. Charcot a montré le rôle du surmenage physique. « Il était important, dit-il, de bien mettre en relief les misères, les privations, les fatigues excessives dont il a tant souffert dans ses voyages, et d'insister aussi sur cette malencontreuse matinée du 3 août, où il est resté couché, dormant pendant plusieurs heures sur la terre humide, reposant sur le côté droit du corps; ce sont là, en effet, des circonstances qui nous paraissent avoir joué un rôle important dans le développement de la maladie (1). »

Le rôle du surmenage physique est également très net dans une observation publiée par M. A. Dutil (2) et recueillie dans le service de M. Charcot.

Le plus souvent, dans ces cas, au surmenage physique se joignent des émotions vives, un véritable *surmenage intellectuel* dont l'action n'a pas besoin d'être interprétée.

Nous n'en dirions pas davantage, au point de vue du surmenage intellectuel, si nous n'avions quelques remarques à présenter à propos de son action supposée dans l'éclosion des phénomènes hystériques chez les enfants. Nous ne saurions mieux faire que de les emprunter à M. G. Guinon (*op. cit.*, p. 128). « Il y a eu, en 1888, à l'Académie de médecine, une longue série de communications et de discussions relatives au surmenage scolaire. On pourrait peut-être s'étonner de ne pas avoir entendu mentionner l'hystérie parmi les troubles de la santé qui résultent du

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-1889. 15e leçon, p. 349.

(2) *Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques : Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, t. III, n° I, 1890, obs. I, p. 43. — Voy. aussi Féré, *Parallèle de l'hystérie et de la fatigue : Soc. de biol.*, 24 mai 1890.

surmenage chez les enfants des collèges. Le surmenage intellectuel véritable, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Charcot, n'existe pas dans les collèges, parce qu'il n'existe pas, en réalité, à l'âge où se trouvent les sujets à ce moment de leur existence (1). Donnez à un enfant un travail énorme, beaucoup au-dessus de ses forces, il l'accomplira peut-être. Mais toute la portion qui dépassera la moyenne de sa vigueur intellectuelle, il la fera comme une machine. L'enfant ne prend que ce qu'il peut prendre matériellement, pour ainsi dire. Une fois sa capacité intellectuelle dépassée, il rejette le trop-plein, ou mieux ne l'admet pas du tout, et cela pour une raison d'évolution en quelque sorte, parce que c'est ainsi à cet âge de la vie, et puis aussi parce que l'enfant, ne voyant pas l'intérêt immédiat ou le but prochain de ce qu'on lui fait apprendre, est incapable de produire, par la volonté, cette force de surchauffement, d'hypertension cérébrale nécessaire pour fournir une somme de travail au-dessus de ses forces.

« Il est possible que le séjour trop prolongé dans les salles d'étude, que le manque de grand air et d'exercices physiques soient, jusqu'à un certain point, des obstacles au développement matériel des enfants. Mais peut-on appeler cela véritablement du surmenage, du moins au point de vue intellectuel? Le vrai surmenage ne se rencontre que plus tard dans la vie, chez les étudiants qui préparent des concours, chez les hommes faits, obligés par leur profession, leur situation sociale, de fournir quelquefois une somme de travail bien au-dessus de leurs forces. Ces gens-là se surmènent, parce qu'ils sentent qu'il faut, sous peine de manquer une place, de paraître insuffisants dans celle qu'ils détiennent, arriver à mener à bien la besogne accumulée devant eux. Ils se surchauffent bien souvent par des procédés artificiels, passent les nuits, se privent de

(1) C'est cette opinion qui a été également défendue à l'Académie par notre maître, M. le professeur Brouardel, et que nous lui avons maintes fois entendu soutenir, alors que nous avions l'honneur d'être son interne et son préparateur. (G. T.)

repos. Les uns arrivent au bout et résistent; d'autres atteignent le but, mais tombent malades après; d'autres, enfin, ne sont point capables d'aller jusqu'à la fin, et le surmenage les abat en route. C'est chez les hommes que l'on observera des cas d'hystérie par surmenage et surtout des cas de neurasthénie. Mais chez les enfants il n'en est pas de même, et je crois qu'on ne doit pas considérer le surmenage comme pouvant fréquemment faire éclore l'hystérie chez les jeunes collégiens, tandis que chez l'adulte, en général, on doit le ranger parmi les agents provocateurs de la névrose! »

On a fait encore jouer dans l'enfance un grand rôle à l'*onanisme* dans la production des accidents hystériques. C'est là seulement un agent provocateur, à l'instar de toutes les causes susceptibles de débiliter la santé générale. Il ne faudrait pas croire cependant que les enfants hystériques soient les masturbateurs à outrance qu'on a voulu dire; on a eu en vue, dans la circonstance, des idiots, des dégénérés, des enfants atteints de sclérose cérébrale, et non des hystériques.

Nous aurons à parler bientôt de l'influence des *excès vénériens* notés par plusieurs auteurs (1), et que Ch. Lepois opposait déjà aux partisans de la théorie qui attribuait l'hystérie à la rétention du fluide spermatique dans les deux sexes. Cependant il ne faudrait pas croire que, du fait de l'hystérie, les malades soient portés à abuser des plaisirs de l'amour (2). La « complexion amoureuse », dont Louyer-Villermay et ceux qui ont adopté ses idées ont tant abusé, n'est point l'apanage des hystériques pris dans leur ensemble. Nous dirons, en même temps, ce qu'il

(1) PETIT, *De l'hystérie chez l'homme.* Thèse de Paris, 1875.

(2) Les littérateurs ont singulièrement abusé de cet ordre de causes provocatrices. Toutefois, quelques-uns ont vu juste, en particulier Tolstoï. « La femme doit être chez nous, dit-il, mère et maîtresse, c'est-à-dire nourrice et amante en même temps; ses forces n'y suffisent pas. Aussi avons-nous les hystériques, les névrosées, les possédées à la campagne. » *Sonate à Kreutzer*, chap. XIII. Trad. HALPÉRINE KAMINSKY. — Comme on le voit, il intervient ici un autre facteur, les fatigues de l'allaitement. (G. T.)

faut penser de la *continence* et de son influence en pareille matière.

*
* *

L'influence des *maladies des organes génitaux* sur le développement des accidents hystériques trouve ici sa place naturelle. Nous verrons, en traitant de l'anatomie pathologique, quels efforts, infructueux du reste, ont été faits pour placer le siège de l'hystérie dans ces organes ; aujourd'hui la question est définitivement jugée. Les maladies des organes génitaux dans le sexe féminin, et quelquefois dans le sexe masculin (1), prédisposent à l'hystérie au même titre que toutes les affections débilitantes ; de plus, elles ont un autre rôle en retentissant considérablement sur le moral des femmes, toujours attentives aux moindres perturbations de ces organes, qui sont, pour ainsi dire, les régulateurs de leur santé physique et psychique journalière.

C'est ce que Briquet avait déjà bien vu, en 1859, lorsqu'il écrivait (p. 162), en s'appuyant sur des statistiques que nous croyons inutiles de rapporter : « Les maladies des organes génitaux ne prédisposent pas beaucoup plus que celles des autres organes à contracter l'hystérie. » Cependant, on sait qu'il existe souvent chez l'homme, au niveau des testicules, et chez la femme, au niveau des ovaires, des points particuliers dont la pression suffit pour déterminer l'attaque convulsive. Bien plus, M. Charcot a péremptoirement établi, dans deux cas, que la douleur dite ovarienne des hystériques avait véritablement pour siège l'ovaire (2). Il s'agissait de deux malades devenues enceintes, et chez

(1) Reischauer, *Beziehungen der Hysterie zum Genitalapparat.* (Ein Fall von Hysterie beim Manne nach Urethrotomia externa.) Berlin, 1890. *Anal. in Neurolog. Cent.*, n° 1, 1891, p. 25, Raynaud. — *Phénomènes nerveux dans la blennorrhagie : hystérie et hypocondrie.* (*Journ. des mal. cutanées et syph.*, mars 1891.)

(2) Voy. Féré, *Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie.* (*Arch. de neurologie*, 1882, p. 297.)

lesquelles l'hyperesthésie se déplaça nettement en suivant l'ascension des ovaires. On est même parti de là pour attribuer à notre maître une opinion erronée, autrefois soutenue par Chairou (1), à savoir, que les ovaires seraient le siège de l'hystérie.

Cette opinion n'est pas la sienne. Il a montré, en effet, que si, chez l'homme, par exemple, les zones hystérogènes siégeaient fréquemment au niveau du testicule ou du cordon spermatique, on n'observait pas moins, au niveau de l'abdomen, d'autres zones *pseudo-ovariennes* qui n'avaient rien à faire avec les organes génitaux. Enfin, M. Pitres (2) a irréfutablement établi que, bien souvent, ces points d'excitation siégeaient uniquement dans les tissus cutanés, et que les organes sous-jacents n'étaient nullement en cause.

Nous retrouverons ces faits en traitant des stigmates cutanés; nous n'y aurions pas insisté davantage si cette théorie, abandonnée par les médecins, n'avait été adoptée avec enthousiasme par certains chirurgiens. Depuis, en effet, que Hégar et Battey, en 1872, vulgarisèrent la castration chez la femme, c'est par centaines qu'on compte les opérations basées sur cette idée, absolument fausse, qu'en enlevant les ovaires on guérit l'hystérie. Après les travaux de Tissier (3) et de Pichevin (4), l'opinion est fixée, en France tout au moins. Il suffira de rappeler que Tissier (cité par Pichevin) a rapporté l'histoire d'une femme qui, n'ayant jamais eu d'accidents nerveux, présenta, après la castration, une série d'attaques hystériques des mieux caractérisées.

Quant à la grossesse comme agent provocateur (ou frénateur) de l'hystérie, son rôle est des plus discutables; les opinions sont extrêmement partagées, ainsi que l'ont

(1) *Études cliniques sur l'hystérie*, in-8°, 1870.
(2) *Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil.* In-8°, 1884.
(3) *De la castration chez la femme en chirurgie.* Thèse de Paris, 1885.
(4) *Des abus de la castration chez la femme.* Thèse de Paris, 1887.

montré dans un chapitre spécial MM. Tarnier et Budin (1).

*
* *

Du rôle des intoxications comme agents provocateurs de l'hystérie. — Nous abordons maintenant un chapitre de l'étiologie qui, pendant ces dernières années, a soulevé bien des discussions, fait émettre des opinions dont certaines ne tendaient à rien moins, si elles avaient été adoptées, qu'à un démembrement complet de l'hystérie. Nous voulons parler des intoxications et de leur rôle sur la genèse des accidents hystériques. C'est uniquement aux auteurs français qu'il appartient d'avoir fait la lumière sur ce chapitre de pathologie nerveuse, et, dans la circonstance, l'enseignement de M. Charcot brille encore du plus vif éclat. C'est lui, comme nous allons le voir, qui, par une intervention de tous les instants, ramena dans le droit chemin des opinions et une discussion qui menaçaient de s'égarer.

Il y a bien longtemps qu'on savait le plomb, l'alcool, par exemple, susceptibles de produire des accidents nerveux. Mais, dans ces accidents, il en est de deux sortes : certains ressortissent directement à l'intoxication, et c'est à peine si l'on discute encore sur leur anatomie pathologique (2); de ceux-là nous ne dirons rien.

A côté d'eux se place toute une autre catégorie de faits, sorte de *caput mortuum* constitué par une foule de manifestations en apparence dissemblables : phénomènes convulsifs, troubles sensoriels, hémianesthésies, paralysies et contractures. C'est dans ce groupe, — sans tenir compte des observations nouvelles qui l'ont éclairé, — qu'on est allé chercher et qu'on a trouvé une série de faits qui, à la lumière des connaissances propagées par l'École de la Salpêtrière, ont dû être définitivement attribués à l'hystérie.

(1) *Traité de l'art des accouchements*, t. II, 1886, p. 157, chap. IX, § 2 : *De l'hystérie.*

(2) Voy. Brissaud, *Des paralysies toxiques*. Thèse d'agrég., 1886.

Cette exégèse a montré, une fois de plus, que ce ne sont jamais les faits qui manquent, mais bien leur interprétation rationnelle.

Les intoxications qui, *à l'heure actuelle,* ont été reconnues susceptibles de provoquer l'hystérie sont : le saturnisme, l'alcoolisme, l'hydrargyrisme, l'intoxication par le sulfure de carbone et par le tabac. Vu l'intérêt que présente cette question, encore toute d'actualité, on nous pardonnera d'insister quelque peu sur chacune d'elles. Nous ferons remarquer combien la notion des stigmates permanents étudiés par M. Charcot a été utile pour établir le diagnostic.

Plomb. — La première description magistrale des accidents nerveux liés au saturnisme appartient à Grisolle (1) (1836), qui leur donna le nom générique d'*encéphalopathie saturnine,* suivi bientôt par Tanquerel des Planches (2) (1838-1839), qui étudia l'anesthésie plombique. En 1859, Macario (3) consacre un chapitre aux paralysies *dynamiques* saturnines.

Il est curieux de voir que, sur les sept hommes hystériques dont Briquet (1859) rapporte les observations, quatre maniaient le plomb, et deux avaient présenté des phénomènes très nets de l'intoxication ordinaire par ce métal. Breuillard (Th. Paris, 1860) rapporte également un cas d'hystérie chez un peintre en voitures.

Ces deux auteurs constatent nettement l'hystérie, et il est singulier de voir que leurs observations n'éclairent guère la religion de de Cours, qui, dans sa thèse sur l'*Hémianesthésie saturnine* (1875), rapporte trois cas empruntés à Manouvriez et à Raymond, qui sont des exemples remarquables d'hystérie masculine.

« Il est curieux, dit M. G. Guinon, de voir les auteurs laisser de côté tous les autres phénomènes, les attaques en particulier, déjà connues à cette époque, pour ne considérer

(1) *Journal hebdomadaire,* 1836, t. IV.

(2) *Anesthésie saturnine,* 1838, et *Traité des maladies du plomb,* 1839, t. II.

(3) *Des paralysies dynamiques ou nerveuses.* Paris, 1859.

que ces deux faits, anesthésie et saturnisme. Tous, quoique constatant bien que cette anesthésie ressemble à s'y méprendre à l'anesthésie hystérique, s'efforcent de les différencier l'une de l'autre par des petits points de détail presque insignifiants. De Cours, par exemple, les localise toutes deux, tant elles se ressemblent, dans le même centre, où une lésion d'ailleurs inconnue, dit-il, les produit l'une et l'autre. Cependant, il veut les distinguer par leur marche, l'anesthésie saturnine présentant en général un début plus insidieux et plus lent. Son principal argument est que les sujets sont saturnins, et que « ce serait une bien étrange coïncidence » que de voir l'hystérie et le saturnisme se superposer chez le même individu. Cependant, ainsi qu'on l'a pu voir plus haut, Briquet, Breuillard avaient déjà constaté cette coïncidence et avaient fait plus que de la considérer comme un simple hasard.

« Huit jours après le travail de de Cours, qui se refusait presque à admettre l'hystérie masculine, paraissait la thèse de Petit sur l'hystérie chez l'homme (1875). Cet auteur divise l'hystérie en essentielle et symptomatique, et dans cette dernière catégorie il classe l'hystérie saturnine. Pour lui, l'influence étiologique de l'empoisonnement plombique est telle, que la névrose ne constitue qu'un simple symptôme de l'intoxication. C'est une théorie soutenue à l'heure actuelle par quelques médecins qui l'ont reprise pour leur compte. On voit qu'elle ne date pas d'hier, puisqu'elle était émise, il y a plus de quinze ans, d'une façon tout à fait précise.

« Cependant, malgré ces données déjà bien nettes, malgré l'autopsie négative, quant à l'examen des centres nerveux, faite par Brochin (1) d'un saturnin hémianesthésique, malgré l'affirmation nouvelle présentée par Maricourt (2), tous les auteurs qui suivent continuent à éliminer l'hystérie en présence des anesthésies sensitivo-sensorielles, avec ou sans attaques, qu'ils observent chez des

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1875.

(2) Maricourt, *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*. Thèse de Paris, 1877.

saturnins, et à les attribuer exclusivement à l'intoxication plombique. On croirait véritablement qu'il s'agit là d'une sorte de vogue. Ananieff (1), un des auteurs qui traitaient alors cette question, en fut réduit, à bout d'arguments et se trouvant dans l'impossibilité de différencier les anesthésies hystériques des anesthésies saturnines, à invoquer le sexe pour établir le diagnostic, révoquant en doute l'hystérie de l'homme. Bon nombre des observations de cet auteur se rapportent à des hystériques; il suffit de les lire pour s'en convaincre.

« Un peu plus tard, Hanot et Mathieu (2) constatent de nouveau la grande analogie des anesthésies hystériques et des saturnines, sans cependant les identifier les unes avec les autres.

« Puis vient une série de faits qui auraient dû cependant bien attirer l'attention sur la nature hystérique de ces anesthésies, et dans lesquels on constate que les troubles de la sensibilité, d'origine soi-disant saturnine, peuvent se guérir ou se transférer par l'aimant. Déjà, en 1878, Landolt et Oulmont (3) avaient publié un fait de ce genre. Dès lors, Vigouroux (4), C. Paul (5), Debove (6), Hamant (7), un peu plus tard Vulpian (8), de nouveau Landolt (9), Langlet (10), M. Raynaud (11), accumulent en

(1) Ananieff, *De l'hémianesthésie saturnine*. Thèse de Paris, 1878.

(2) Hanot et Mathieu, *Arch. génér. de médecine*, 1878.

(3) Landolt et Oulmont, *Progrès médical*, 1878.

(4) Vigouroux, *Gaz. des hôp.*, 1878.

(5) C. Paul, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1879, et Boussi, *Fr. méd.*, 1879.

(6) Debove, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1879, et *Note sur l'hémiplégie saturnine et son traitement par l'application d'un aimant*. Paris, 1888.

(7) Hamant, *Hémianesthésie saturnine*. Thèse de Paris, 1879.

(8) Vulpian, *De l'influence de la faradisation localisée sur l'anesthésie de causes diverses*. Paris, 1880.

(9) Landolt, *Troubles de la vision observés dans un cas d'hémiplégie saturnine : Ann. d'oculistique*. Bruxelles, 1880, t. XCIII, p. 165.

(10) Langlet, *Paralysie saturnine, anesthésie partielle, application d'un aimant, retour de la sensibilité : Union méd. et scient. du Nord-Est*, 1880, V, 149.

(11) M. Raynaud, *Hémianesthésie saturnine : Gaz. des hôpitaux*, 1880 LII, p. 826.

deux ans un grand nombre d'exemples d'anesthésie saturnine guérie ou transférée soit par l'aimant, soit par l'électricité faradique ; de même nature sont les faits de Sigarroa (1) et de Vicente (2). »

C'est à M. le professeur Charcot que revient l'honneur d'avoir fait la lumière sur tous ces faits, nous ne dirons pas inconnus, mais méconnus et mal interprétés. Le 26 juin 1886, dans une leçon clinique, il concluait, s'appuyant sur des faits, à la nature de ces anesthésies d'origine soi-disant saturnine. En 1887, dans une nouvelle leçon, publiée par M. Babinski (3), il revient à nouveau sur cette question, qui dès lors peut être considérée comme définitivement tranchée. Il faut ajouter que c'est aussi à cette époque qu'il établissait définitivement la fréquence de l'hystérie chez l'homme, et, certainement, cette notion incomplète jusqu'alors de l'hystérie masculine n'avait pas peu contribué à conduire les observateurs qui l'avaient précédé à des interprétations erronées.

Dès lors les travaux se multiplient. Viennent en premier lieu ceux de M. Debove (4) et de son élève M. Achard (5). « Le premier de ces auteurs, dit M. G. Guinon, avait autrefois publié quelques faits d'hémianesthésie saturnine guérissable par l'aimant (6). Il les reprend dans son nouveau travail, les examine de plus près et avec plus de rigueur, et à l'aide des connaissances nouvelles acquises sur l'hystérie masculine il prouve qu'il faut les rapporter à l'hystérie...

« Ce sont MM. Debove et Achard qui ont les premiers

(1) SIGARROA, *Contribution à l'étude de l'anesthésie saturnine.* Thèse de Paris, 1862.

(2) VICENTE, *Hémianesthésie et aphasie saturnine à la suite d'encéphalopathie saturnine : Progr. méd.*, 1882, X, 969.

(3) *Hémianesthésie saturnine et hémianesthésies toxiques : Bulletin médical*, 1888, p. 387.

(4) DEBOVE, *De l'apoplexie hystérique : Soc. médicale des hôpitaux*, août 1886.

(5) ACHARD, *De l'apoplexie hystérique : Arch. génér. de médecine*, janvier et février 1887, et thèse de Paris, 1887.

(6) DEBOVE, *Soc. médicale des hôpitaux*, 1879.

employé l'expression d'*hystérie toxique* pour désigner les cas où la névrose se développe sous l'influence des intoxications. Ce terme est excellent en lui-même, parce qu'il est court et simple. Mais il faut bien s'entendre sur la signification qu'on lui prête. Debove et Achard, reprenant pour leur compte une théorie autrefois soutenue, un peu dans le désert, c'est vrai, par Breuillard et Petit, prétendent qu'en cette occasion l'hystérie n'est autre chose qu'un symptôme de l'intoxication. »

Cette opinion, que nous discuterons ultérieurement, n'est pas celle de M. Charcot, qui soutient que l'hystérie toxique n'est que l'hystérie vulgaire, et que le saturnisme, comme toutes les autres intoxications, doit se résoudre à jouer le simple rôle d'agent provocateur.

Ses idées sont adoptées par M. Letulle (1), qui écrit en excellents termes que « le saturnisme ne fait que préparer admirablement le terrain organique, pour le développement de la névrose, chez les sujets prédisposés » .

M. Potain (2) et son élève M. Hischmann (3) défendent la même opinion, exprimée également dans la thèse de M. Plessard (4). M. G. Guinon est du même avis et rapporte quatre cas inédits d'hystérie développée sous l'influence du saturnisme, qui, comme on le voit, peut être mis au premier rang des agents provocateurs de la névrose.

Alcool. — Les considérations que nous venons d'exposer à propos du plomb s'appliquent, point par point, à l'alcool considéré comme agent provocateur de l'hystérie. Comme le plomb, l'alcool est susceptible de produire des désordres et des lésions nerveuses qui lui sont imputables en propre ;

(1) Letulle, *De l'hystérie dans le saturnisme : Bull. médical*, 1887, n°s 46 et 47.

(2) Potain, *Sur un cas de paralysie hystéro-saturnine : Bull. médical*, 1887, n° 54. — *Intoxication saturnine. Hystéro-saturnisme : Bull. méd.*, n° 58, 22 juillet 1891.

(3) Hischmann, *Intoxications et hystérie.* Thèse de Paris, 1888.

(4) Plessard, *Contribution à l'étude des rapports de l'hystérie et du saturnisme.* Thèse de Paris, 1888.

à côté de ces lésions, il favorise singulièrement l'apparition des phénomènes hystériques.

La première observation d'anesthésie dite alcoolique est due à Dagonet (1). Il s'agissait d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui disparut subitement à la suite d'une émotion morale. L'année suivante (1874), parut le très important ouvrage de M. Magnan (2), écrit deux ans auparavant pour le prix Civrieux (1872), à l'Académie de médecine. La forme hémianesthésique de l'alcoolisme chronique qu'il décrit est basée sur des observations dont la lecture ne laisse aucun doute sur leur nature hystérique. Ces dernières considérations s'appliquent également à la thèse de Juif (3), au mémoire de Debove (4), aux travaux de Lancereaux et de son élève Gautier (5). Dans tous ces cas, il s'agit de l'alcool et des *diverses boissons* dans la composition desquelles il est susceptible d'entrer.

Notons que Lancereaux et M. Gautier, en particulier, disent que certains des phénomènes de l'absinthisme qu'ils ont observés offrent « la plus parfaite ressemblance avec les phénomènes convulsifs de l'hystérie ». Mais ce sont, pour eux, des manifestations *hystériformes,* et non hystériques. Combien ces termes d'*hystériformes,* d'*hystéroïdes,* n'ont-ils pas entravé la marche de la science! Nous n'en voulons pour preuve que la thèse de Selle (6), inspirée par Lasègue, et qui, soutenue en 1880, nous reporte aux plus mauvais jours de Louyer-Villermay.

Il faut arriver en 1886, dit M. Guinon, pour « voir enfin

(1) DAGONET, *Ann. médico-psych.*, 1873, p. 212.

(2) MAGNAN, *De l'alcoolisme, des diverses formes de délire alcoolique et de leur traitement.* In-8°, Paris, 1874. — DU MÊME, *De l'hémianesthésie, de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique : Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie,* 1873, nos 46 et 47.

(3) JUIF (P.), *De l'anesthésie alcoolique.* Thèse de Paris, 1875.

(4) DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 1879, et *Notes sur un cas d'hémianesthésie d'origine alcoolique : Progrès médical,* 1879, VII, 161.

(5) GAUTIER, *De l'absinthisme chronique : Journ. des conn. méd.*, 1882, 3e sér., IV, 233, et Thèse de Paris, 1882.

(6) *Contribution à l'étude symptomatologique des affections épilepto-hystéroïdes et hystéro-épileptoïdes.* Thèse de Paris, 1880.

ces phénomènes interprétés définitivement d'une façon raisonnable ». Dans cette même leçon (28 juin 1886) dont nous parlions plus haut, et dans laquelle M. Charcot faisait rentrer l'hémianesthésie saturnine dans l'hystérie, notre maître présentait également un malade atteint d'hémianesthésie dite alcoolique, et établissait qu'il était indubitablement hystérique. Il renouvelait ses affirmations un peu plus tard (1); rappelant les travaux de Magnan sur l'hémianesthésie alcoolique, il établissait, dès ce jour, le rôle de l'alcoolisme dans le développement de la névrose.

Dès lors la question, après les travaux de Debove et Achard (*loc. cit.*), de Dreyfous (2), d'Edmond Grasset (3), d'Hischmann (th. citée), de Guillemin (4), une observation inédite de G. Guinon (p. 172), de Salmeron (5), de Camuzet (6), qui établit la part de l'hérédité, nous paraît définitivement tranchée, après une phase de discussions que nous aborderons ultérieurement, et dans laquelle on trouve cette constante préoccupation, pour certains auteurs, de créer une *hystérie symptomatique* qu'il est impossible, d'ailleurs, de différencier de l'hystérie vraie.

Nous en terminerons avec les intoxications comme agents provocateurs de l'hystérie, en citant encore l'influence du mercure, bien étudiée par M. Letulle (7), qui, faisant une critique judicieuse des cas antérieurs de Jean (8), Hallo-

(1) Charcot, *A propos de six cas d'hystérie chez l'homme* (*Progr. médical*, 1885), et *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

(2) *L'hystérie alcoolique : Union médicale*, 1887, nos 135, 136, 140, 145, 147.

(3) *Troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques*. Thèse de Bordeaux, 1887.

(4) Guillemin, *De l'hystérie alcoolique : Ann. méd. psych.*, 19 mars 1882.

(5) Salmeron, *De l'hystérie alcoolique*. Thèse de Paris, 1890.

(6) Camuzet, *L'hystérie d'origine hérédo-alcoolique*. Thèse de Paris, mars 1891.

(7) Letulle, *De l'hystérie mercurielle : Soc. méd. des hôp.*, 12 août 1887. — *Recherches cliniques et expérimentales sur les paralysies mercurielles. Arch. de physiol.*, 1887, nos 3 et 4, et *Académie des sciences*, 3 janvier 1887.

(8) Jean, *Intoxication mercurielle, paralysie diffuse, hémianesthésie : France méd.*, 1877, n° 9.

peau (1), Aigre (2), Destag (3), Maréchal (4), Schoull (5), montre l'influence indéniable du mercure comme agent provocateur de la névrose, opinion adoptée par Hischmann et Berbez (*op. cit.*, *Gaz. hôp.*, 1888), et que Louis Guinon (6) combat en se plaçant sur le terrain de l'hystérie symptomatique, des « accidents hystériformes », dont nous savons ce qu'il faut penser.

Signalons encore l'influence de l'*intoxication par le sulfure de carbone*, bien mise en lumière par M. P. Marie (7), de l'*intoxication par le tabac*, étudiée par M. Gilbert (8), par la *morphine* (Neveu-Derotrie) (9), sans compter probablement les intoxications qui viendront s'ajouter à cette liste déjà longue. D'ailleurs, on a montré que le réveil ou la première apparition de la névrose pouvait s'effectuer sous l'influence d'une *intoxication aiguë* : l'absorption de 20 grammes de camphre (Planat) (10), d'une certaine quantité de chloroforme (11) dans un but d'empoisonnement, à la suite de l'anesthésie chloroformique (12). Nous nous bornerons là, nous réservant d'engager plus loin la discussion sur les *auto-intoxications* comme causes provocatrices de l'hystérie.

(1) Hallopeau. Thèse d'agrég., 1878.

(2) Aigre, *Étude sur la métalloscopie et la métallothérapie externe*. Thèse de Paris, 1889.

(3) Destag, *Études sur la paralysie mercurielle*. Thèse de Paris, 1879.

(4) Maréchal, *Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente*. Thèse de Paris, 1885.

(5) *Tremblement mercuriel*. Thèse de Paris, 1881.

(6) *Hystérie mercurielle : Gaz. méd. de Paris*, 1887, 7e sér., IV, n° 48.

(7) *Hystérie dans l'intoxication par le sulfure de carbone : Soc. méd. des hôpitaux*, 9 novembre 1888.

(8) *Hystérie tabagique : Gaz. des hôp.*, 12 novembre 1889, n° 129, p. 1173.

(9) Neveu-Derotrie, *De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine*. Thèse de Paris, 1890.

(10) *Accès d'hystérie... consécutifs à l'absorption d'une dose toxique de camphre : Ann. méd. psych.*, mars 1885.

(11) Lebreton (P.-A.), *Des diverses variétés de la paralysie hystérique*. Thèse de Paris, 1868.

(12) Michaux, *De l'éveil d'un état constitutionnel (hystérie) à la suite de l'anesthésie par le chloroforme*. Thèse de Paris, 1886. — Œlkers, *Ein Fall von Katalepsie in der Chloroformnarkose : Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, n° 52, p. 1131.



Il nous resterait encore à étudier dans ce chapitre, consacré aux agents provocateurs, le rôle que jouent les autres affections dans la détermination de l'hystérie, et particulièrement les maladies du système nerveux de longue durée : le tabes, la myopathie atrophysique progressive, le mal de Pott, la maladie de Friedreich, la maladie des tics convulsifs, etc. C'est là une question qui sera traitée, chemin faisant, en faisant le diagnostic différentiel des manifestations hystériques et des autres affections qui les pourraient simuler. De même chercherons-nous à pénétrer le mécanisme intime des intoxications dans ses données les plus générales et le rôle qui est dévolu à chaque agent provocateur dans la localisation des manifestations hystériques. Tous ces points seront beaucoup plus fructueusement étudiés, lorsque nous aurons acquis des notions indispensables sur les manifestations elles-mêmes de la névrose, sur l'état mental, le mode réactionnel et nutritif des hystériques.



Toutefois, il nous reste, pour terminer ce chapitre, à entrer dans quelques considérations que nous avons volontairement reléguées ici même, pensant que nous n'aurions qu'à les faire simplement ressortir des faits déjà étudiés.

Nous avons vu que l'hystérie se développe à tous les âges de la vie, chez l'homme et chez la femme. L'habitus extérieur, la couleur des cheveux, n'ont plus cette importance qu'on leur attribuait autrefois, et nous verrons ce qu'il faut penser du *tempérament hystérique*.

Chez l'homme, l'hystérie se développe surtout dans les classes dites inférieures du milieu social; elle sévit particulièrement sur les individus adonnés aux *professions* qui les exposent au traumatisme, soit *banal :* terrassiers,

manouvriers, commissionnaires; soit *spécialisé :* chauffeurs, mécaniciens très souvent, plongeurs et scaphandriers (1); chez les individus employés dans les manufactures de tabac, chez les matelots (Bodenstein); chez les soldats, avec les caractères de la grande attaque absolument analogues à ceux qu'on observe chez la femme (2). « Il faut la chercher encore une fois, dit M. Charcot (3), sous les haillons, chez les déclassés, les mendiants, les vagabonds, dans les dépôts de mendicité, les pénitenciers, les bagnes peut-être (4). »

M. Colin (5) a fait, sur ces points particuliers de l'étiologie,

(1) Debove et Rémond, *Hystéro-traumatisme par décompression brusque : Soc. méd. des hôp.*, 5 juin 1891. — Sabrazès, *Bull. méd.*, n° 47, 10 juin 1891, p. 569.

(2) Voy. Gilles de la Tourette, *L'hystérie dans l'armée allemande : Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1889. — *Ueber einen Fall von Hystero-epilepsie bei einem Mann*, aus dem königlichen Garnisonslazareth in Karlsruhe, von Oberarzt Dr Andrée, in Karlsruhe, und Dr Knoblauch, Assistant an der psychiatrischen Klinik in Heildelberg. *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 10, 11 mars 1889. Ce cas a été analysé par M. le professeur Charcot dans ses *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 18e leç., 1889, p. 425.

Trapeznikoff, *Hystérie chez les soldats : Vratch*. Saint-Pétersbourg, t. XII, p. 381. — Oseretzkowsy (de Moscou), *Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes : Archives de neurologie*, novembre 1886, n° 36, p. 265. — Communication au Congrès des médecins russes, Saint-Pétersbourg, janvier 1889. Analysé *in Centralblatt für Nervenheilkunde*, n° 4, p. 101, 1889. — Du même, *L'hystérie dans l'armée*. 1 vol. in-8° de 265 pages. Moscou, 1891.

H.-A. Janssen, *Over hysterie bij soldaten*. Weekblad voor Geneeskunde, 1887, n° 13.

Lallemant, *Quelques observations d'hystérie chez l'homme*. Thèse de Paris, 1877. — Lanoaille de Lachèze, *Tarassis, troubles de l'âme et du corps chez l'homme, dans les temps modernes et dans l'histoire*, 1886. — Duponchel, *L'hystérie dans l'armée : Revue de médecine*, 1886, n° 6, p. 517. — Du même, *Étude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation observées chez des militaires : Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juillet, 1888. — Coustan,. *Un cas d'hystérie mâle sans attaques : Arch. de méd. et de pharm. militaires*, novembre 1886.

(3) Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-1889, 17e leçon, p. 393.

(4) Laurent, *De l'action suggestive des milieux pénitentiaires sur les détenus hystériques : Rev. de l'hypnotisme*, 1889, n° 5, p. 131.

(5) Colin, *Essai sur l'état mental des hystériques*. Thèse de Paris, 1890.

quelques recherches statistiques qui méritent d'être mentionnées : « Alors, dit-il, que nous faisions. au *Dépôt,* la consultation des vagabonds infirmes et autres malheureux destinés à la maison de Nanterre, nous avons pu examiner un nombre fort respectable d'hystériques du sexe masculin. » (P. 22.)

Et plus loin (p. 46), il se pose la question suivante : « L'hystérie est-elle fréquente dans les prisons ? Nous ne le croyons pas. Nous serions bien plus porté à croire, avec l'école italienne, que le criminel répond à un type spécial se rapprochant beaucoup plus du dégénéré héréditaire que de l'hystérique.

« Nous nous basons, pour avancer cette affirmation, sur ce fait, qu'au *Dépôt,* pendant toute une année, nous avons vu, en tout, deux cas d'hystérie mâle et quatre ou cinq cas d'hystérie féminine. Or, c'est par le *Dépôt* que tout le monde passe. Nous parlons ici, bien entendu, de la prison proprement dite, et non de l'*Infirmerie spéciale* réservée aux aliénés, où les choses changent du tout au tout.

« Nous parlons également des criminels, et non des malheureux, loqueteux, vagabonds, mendiants usés par la misère, et pour lesquels le *Dépôt* est un lieu de passage, une étape sur le chemin du refuge de Nanterre. Chez ceux-là, nous l'avons déjà dit plus haut, l'hystérie se montre beaucoup plus fréquente, et nous avons eu fréquemment l'occasion de l'observer...

« Mais si nous nous en tenons aux criminels proprement dits, nous le répétons, l'hystérie est rare parmi eux, et, bien plus, il ne semble pas qu'il y ait, au point de vue du nombre, de différence entre les deux sexes. A Mazas, sur 70 prisonniers examinés, nous avons rencontré trois hystériques. »

On voit combien on se tromperait si l'on faisait de l'hystérique homme un être à l'aspect efféminé, bien que nous ayons, mais rarement, rencontré ce type chez les ouvriers du faubourg Saint-Antoine, à la fois artisans et artistes, et chez lesquels l'hystérie nous a paru très fréquente.

*
* *

En ce qui regarde les *femmes*, les statistiques de M. P. Marie ont montré que, comparativement aux hommes, les sujets atteints semblaient occuper des situations sociales plus élevées.

Nous avouons qu'en pareille matière il est fort difficile d'établir des catégories bien tranchées. Nous avons observé l'hystérie chez les campagnardes adonnées aux travaux les plus rudes, comme chez les femmes vivant dans le luxe et l'oisiveté, et véritablement nous ne saurions dire qui l'emporte, dans la circonstance, de la citadine ou de l'ouvrière considérée dans la plus large acception du mot. Si l'hystérie est moins fréquente aux champs qu'à la ville, c'est que les agents provocateurs y sont moins nombreux, particulièrement les excitations morales et intellectuelles qui laissent chez la femme, dont le système nerveux est si excitable, une impression plus profonde que chez l'homme. La prédisposition héréditaire est plus sollicitée, elle y trouve plus de sujets d'éclosion, car c'est encore elle qui domine la scène morbide, et tous les milieux sociaux sont égaux devant sa puissance.

On va voir que nos conclusions sont analogues à celles de Briquet, qui a fait pour élucider ce chapitre étiologique des recherches fort intéressantes, au courant desquelles il a été amené à tenir compte non seulement des *professions*, mais encore de la *vie sexuelle* des femmes examinées. « Tout ce qui tend, dit-il (1), à débiliter jusqu'à un certain degré l'économie, augmente, par contre-coup, l'excitabilité du système nerveux... Il résulte de là que les *professions sédentaires* qui tiennent le corps dans un repos trop prolongé, celles qui nécessitent un séjour habituel dans les ateliers, et celles enfin qui donnent un salaire insuffisant, sont autant de prédispositions à l'hystérie, tandis qu'au

(1) Briquet, *op. cit.*, p. 117.

contraire les professions qui nécessitent du mouvement, celles qui s'exercent en plein air, et celles qui permettent de se nourrir convenablement, sont autant de moyens propres à prévenir cette maladie. »

Étudiant l'influence de la *continence* dans ses rapports avec l'éclosion des accidents hystériques, Briquet dit que chez les divers Ordres de religieuses où elle est de règle, on ne voit éclater la névrose que « dans le petit nombre de maisons où les religieuses sont livrées à la prière incessante, aux austérités et à la vie contemplative ». Il aurait pu ajouter que le fait seul de s'astreindre à ces pratiques de dévotion excessive, de s'enterrer pour ainsi dire, en pleine vie, derrière les grilles d'un cloître, était attentatoire aux lois naturelles et dénotait chez les sujets une hérédité névropathique certaine. Point n'est besoin alors d'invoquer la privation des relations sexuelles, trop souvent indiquée, à tort, pour expliquer la genèse des épidémies d'hystérie dans les couvents. Nous avons montré, pour notre part, qu'il intervenait, en pareilles circonstances, bien d'autres facteurs (1).

Briquet a, de plus, étudié particulièrement l'hystérie chez les femmes qui peuplent l'hôpital de Lourcine, domestiques pour la plupart ou ouvrières chez lesquelles, « au su de tout le monde, la continence est rare... Je m'occupe des femmes de cette classe, dit-il, non parce que la profession de domestique mène à l'hystérie, mais parce qu'elle servira de transition entre le célibat de la vie religieuse et les habitudes contraires d'une autre classe, de laquelle il va être question plus loin. »

La moyenne d'âge des femmes de Lourcine est de vingt-deux ans. « Ce ne sont pas des prostituées, car elles ne se livrent pas habituellement à la débauche; elles n'ont eu que des relations sexuelles souvent très limitées... Ce sont donc des personnes qui, d'une part, n'ont point observé la continence, et, d'une autre part, n'ont point fait un usage

(1) Gilles de la Tourette et Legué, *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.*

excessif de leurs organes génitaux. Elles ne se trouvent ni dans le cas des hystéries pour besoins non satisfaits des auteurs anciens, ni dans celui de ces mêmes besoins excessivement satisfaits des auteurs modernes. Or voici ce que donne l'observation chez les femmes reçues dans cet établissement. »

Deux élèves de Briquet ont trouvé, le premier, M. Carrerc, sur 192 femmes de Lourcine, 62 hystériques confirmées, dont 28 avec attaques convulsives; le second, M. Besançon, sur 180, 84 hystériques, dont 21 à attaques; et M. Goupil, élève de M. Bernutz, sur 52 malades, 23 hystériques, dont 8 à attaques.

« Ainsi, dit Briquet, la moitié à peu près des femmes admises à l'hôpital de Lourcine est atteinte d'hystérie, chiffre bien supérieur à celui qu'exprime la fréquence de l'hystérie chez la femme en général. »

A quoi tient cette fréquence particulière de l'hystérie? On ne peut l'attribuer aux affections vénériennes souvent légères dont ces malades sont atteintes. « La seule cause de la fréquence de l'hystérie, chez les femmes de Lourcine, tient à ce qu'elles sont dans l'âge où cette maladie est en quelque sorte à son maximum de fréquence, et à ce que ces filles, arrivées, pour la plupart, de la campagne à Paris, pour y être domestiques, ou bien ouvrières, ressentent bientôt le mal du pays, l'ennui de la servitude ou d'un travail inaccoutumé, et les tracasseries nées de leurs liaisons illicites. Or, toutes ces circonstances sont les causes ordinaires des affections hystériques. »

Nous avons déjà dit quel grand rôle Briquet faisait jouer à l'hérédité dans la genèse de l'hystérie, et, de ce fait, nous ne pensons pas aller à l'encontre de sa pensée en traduisant *causes ordinaires* par *agents provocateurs*.

En ce qui regarde la fréquence de l'hystérie chez les *prostituées,* on va voir que les divergences d'opinions qui existaient à l'époque où écrivait Briquet, existent encore de nos jours.

« Les auteurs, dit Briquet, ont singulièrement varié,

relativement à l'influence que la prostitution pouvait avoir sur la production de l'hystérie. Naturellement, les médecins qui regardent la continence comme l'une des causes actives de l'état hystérique, et dont M. Landouzy peut être considéré comme la dernière expression, croient que la maladie est rare chez les femmes de cette classe et s'appuient sur l'autorité de Parent-Duchâtelet (1), qui prétend qu'on voit rarement l'hystérie chez les femmes publiques. Les médecins qui, au contraire, adoptent l'opinion plus récente que l'hystérie est le résultat de la surexcitation de l'utérus, accordent que les filles publiques puissent être atteintes d'hystérie, parce que, chez elles, les organes génitaux sont dans un état habituel de surexcitation; mais ils ne paraissent pas supposer que cette maladie soit fréquente chez elles. Qui d'entre eux a raison? »

Pour élucider cette question, Briquet a « examiné, sous le point de vue de l'hystérie, avec le concours des deux médecins de cette maison, MM. les docteurs de la Morlière et Bois de Loury, les filles publiques que l'administration de la police de la ville de Paris envoie à l'établissement municipal de Saint-Lazare pour y être traitées de la maladie vénérienne ».

Or, sur 197 femmes de seize à trente ans, c'est-à-dire ayant à peu près la même moyenne d'âge que les femmes de l'hôpital de Lourcine, il y avait « 106 hystériques, 28 impressionnables et 65 non hystériques. Ainsi, plus de la moitié des filles publiques est atteinte d'hystérie à tous les degrés. Comme j'ai opéré, dit-il, sur un chiffre assez fort pour que le hasard n'ait pu avoir de l'influence sur ces résultats, ceux-ci peuvent être considérés comme exacts. »

On ne peut, chez les habituées de Saint-Lazare, invoquer ni la continence, ni les affections vénériennes, ni la surexcitation des parties génitales, car « on sait que chez ces femmes l'exercice du coït nécessité par leur profession ne s'accompagne ordinairement d'aucun orgasme véné-

(1) *De la prostitution dans la ville de Paris,* 3e édit., 1857, t. I, p. 241; t. II, p. 36.

rien, d'aucune réaction sur le système nerveux... Restent les excitations mécaniques et les maladies dont ces parties sont le siège fréquent; or, il sera prouvé plus loin que les affections de l'utérus et des parties génitales ont très peu d'influence sur la production de l'hystérie...

« En réfléchissant, — conclut Briquet, — à la vie que mènent ces femmes et à la multiplicité des impressions pénibles auxquelles elles sont en proie, on ne s'étonnera pas que l'hystérie soit si commune chez elles. La misère, les veilles, l'abus des boissons alcooliques, les craintes continuelles des exigences de la police ou des mauvais traitements de la part des hommes avec lesquels elles vivent, les séquestrations forcées qu'occasionnent les maladies qu'elles contractent, la jalousie effrénée et les passions violentes qui les animent, expliquent assez, chez elles, la fréquence des accidents hystériques. Il est probable que cette fréquence serait encore plus grande, si n'était la force de la constitution de ces femmes et l'espèce d'insensibilité morale dans laquelle leur profession les a mises. En effet, les moins avancées dans la prostitution sont précisément celles qui ont fourni le plus d'hystériques. »

On ne saurait nier que ce sont là, accumulés pour ainsi dire, les agents que nous avons reconnus comme les plus efficaces dans la provocation de la névrose.

M. Colin (*op. cit.*, p. 48) a voulu vérifier les opinions de Briquet; comme lui, il s'est rendu à Saint-Lazare, et voici ce qu'il a constaté :

« Les prostituées, dit-il, se divisent à Saint-Lazare en deux catégories : 1° les vénériennes; 2° les filles dites des cours qui sont là en punition pour infraction aux règlements de la police, scandale, ivresse publique, etc., etc.

« Au moment de nos visites, il y avait 196 filles de la première catégorie et 111 de la seconde.

« Nous avons examiné une à une les premières. Ces filles étant toutes disséminées dans des salles contenant 8 à 12 lits, la besogne était facile.

« Quant aux 111 filles des cours, nous les avons in-

spectées fort sommairement; il y avait, en tout, *deux* hystériques avec attaques ou stigmates, sur ce nombre.

« Parmi les 196 vénériennes, nous avons trouvé en tout 9 hystériques, soit environ 10 pour 100. Nous sommes donc loin du compte de Briquet.

« C'est d'ailleurs, pour toutes ces femmes, toujours la même histoire d'une navrante banalité. Ce sont des filles de la campagne, grossières, sans instruction, des Bretonnes souvent, venues à Paris chercher une place de bonne, puis tombées dans la misère et jetées dans la rue. Rien de génital là dedans, rien non plus d'intellectuel. C'est d'ailleurs ce qui explique, à notre sens, la rareté des hystériques dans ce milieu. Les hystériques, en général, sont intelligentes, ou tout au moins d'un niveau intellectuel bien supérieur à celui des filles publiques. Plusieurs des malades que nous avons trouvées portaient très évidemment les signes physiques de la dégénérescence héréditaire. »

Les résultats obtenus par M. Colin sont faits pour nous surprendre; plus incompréhensible encore est son raisonnement. Comment! il constate que Saint-Lazare est peuplé de malheureuses tombées dans la misère et l'inconduite, tous agents provocateurs de premier ordre, et alors que nous pensons qu'il va lui-même s'étonner de la faiblesse de sa statistique, nous l'entendons dire et conclure : « Rien de génital là dedans, rien non plus d'intellectuel. C'est d'ailleurs ce qui explique la rareté des hystériques dans ce milieu! » M. Colin serait-il donc partisan de la théorie génitale de l'hystérie, et les femmes intelligentes seraient-elles seules sujettes à la névrose?

Ce sont là bien des contradictions, d'autant que les femmes qui peuplent Saint-Lazare ne sont pas des *criminelles*, mais bien des malheureuses absolument assimilables à ces irréguliers, à ces loqueteux qui vont peupler l'asile de Nanterre, et parmi lesquels M. Colin nous a dit avoir rencontré tant d'hystériques.

Là où se trouvent réunis : l'hérédité (M. Colin l'a notée) — même sous forme de dégénérescence physique, — la

misère, l'alcoolisme et l'inconduite, nous croyons que le germe hystérique doit trouver un excellent terrain pour fructifier. Sans faire intervenir la question de compétence et de précision dans l'examen, comme, au point de vue du diagnostic réel, trente-deux des malades de Briquet avaient des *attaques,* nous continuerons à penser avec lui que la *profession de prostituée* est favorable à l'éclosion des phénomènes hystériques.



Toutes les races y sont sujettes. Dans la race blanche, les Israélites payent à l'hystérie le plus lourd tribut, comme, du reste, à toutes les maladies nerveuses, ainsi que l'enseigne depuis longtemps M. Charcot. Ce fait a été confirmé par notre maître, M. Raymond : « L'hystérie féminine et mâle, dit-il, est assez fréquente à Varsovie. Les hystériques mâles sont presque tous des Israélites (1). »

En Europe, les habitants des contrées glacées, Lapons et Finnois, de même que les insulaires de la Méditerranée, tous : Russes, Norvégiens, Danois, Français, Italiens, Turcs, Espagnols, sont atteints par l'hystérie dans des proportions réciproques qu'il serait bien difficile d'établir exactement.

Nous n'avons pas compris dans cette énumération les Allemands et les Anglais, parce que certains, tout au moins, de leurs auteurs médicaux semblent avoir voulu exonérer, en partie, leurs compatriotes d'un fardeau qui leur semble, à ce qu'il paraît, pénible à supporter.

Voici, en effet, ce que dit M. P. Marie à propos de l'Allemagne (2) : « Il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs les pièces d'un procès assez curieux, actuellement ouvert en Allemagne; ce procès est

(1) *Résumé des principaux travaux russes concernant la neurologie* : *Arch. de Neurologie*, vol. XVII, n° 51, p. 472, 1889.

(2) *L'hystérie en Allemagne, Revue critique : Progrès médical,* 1887, n° 47, p. 440.

celui de l'*hystérie*. On sait qu'un certain nombre de médecins allemands, et cela se voit de reste à leurs diagnostics, se refusent à admettre que l'hystérie soit une maladie véritable, ayant, comme toute autre maladie, nerveuse ou non, son histoire naturelle, ses lois, sa symptomatologie régulière. A les en croire, ce serait une sorte de *noli me tangere* dont tout nosographe un peu sérieux devrait soigneusement éviter le contact. Un autre sentiment semble se joindre encore à cet accès de pudeur scientifique, un orgueil de race, curieux à enregistrer : « Vous, les Latins, semble-t-on dire, que vous soyez hystériques, archihystériques, passe encore ; mais nous, Germains, nous ignorons ce qu'est l'hystérie. On ne la rencontre pas chez nous, ou, si on la rencontre, elle n'est pas pareille à la vôtre. » Et s'entendre dire cela par les Sémites (ces prédisposés par excellence) qui pullulent dans les Universités allemandes, c'est là un fait au moins fort digne d'être noté ! »

L'opinion de M. Laquer, que M. P. Marie visait dans la circonstance, fut d'ailleurs énergiquement combattue par M. Strumpell, qui disait : « Il est très regrettable que, justement, les grands progrès que Charcot a réalisés dans la connaissance de l'hystérie ne fassent pas encore suffisamment partie du fonds commun des médecins allemands. Alors, on verrait enfin disparaître cette fausse idée, que les assertions de Charcot ne conviennent qu'à l'hystérie française, tandis qu'en Allemagne on n'observe rien d'analogue, ou seulement d'une façon exceptionnelle.»

La thèse de M. Bodenstein, les observations accompagnées de figures (que nous donnerons ultérieurement), de MM. Andrée et Knoblauch (*op. cit.*), faites sur un grenadier prussien, et bien d'autres, montrent que les Allemands sont, comme les autres peuples, égaux devant l'hystérie. Toutefois, l'importance accordée à la simulation dans la discussion qui eut lieu sur les névroses traumatiques au congrès de Berlin (1890), montre qu'ils ont encore beaucoup à apprendre, car, en pathologie, cette

idée de simulation ne hante guère avec autant d'insistance que le cerveau de ceux dont l'éducation scientifique, sur le point en litige, est encore à compléter.

Ce que nous disons des Allemands pourrait s'appliquer, en Angleterre, à M. Gowers. Au chapitre intitulé : *Convulsions hystéroïdes ou coordonnées. Hystéro-épilepsie,* se trouve annexée la note suivante, que nous reproduisons intégralement, soulignant seulement les passages principaux (1) : « La description suivante de ces attaques est basée sur des cas dont j'ai été personnellement témoin, et dont j'ai donné à plusieurs reprises une description détaillée. La maladie, telle qu'on la rencontre dans notre pays, *différant sous quelques rapports des caractères qu'elle présente chez les individus d'autres races,* et la description de Charcot ayant été la source principale d'observations à laquelle ont pu puiser les écrivains modernes, on trouvera que la description que j'en donne ici diffère, sous beaucoup de rapports, de celle qui a été vulgarisée depuis peu de temps; mais je crois que l'on y trouvera un tableau exact de ces phénomènes, tels qu'on les rencontre en Angleterre. »

La grande pratique internationale de notre maître, M. Charcot, les observations d'autres auteurs anglais, de Thornburn en particulier (*loc. cit.*), nous permettent de répondre que l'hystérie, comme toute autre maladie nerveuse, est exactement la même en Angleterre qu'en France, ou que dans tout autre pays du monde.

On observe donc l'hystérie sous toutes les latitudes (2). Elle est fréquente dans la race noire, chez les femmes hottentotes du Cap, en Abyssinie, à Tunis, en Sénégambie, dans l'Ogoué.

En 1863-1864, il y eut une épidémie de choréomanie à Madagascar, rappelant celles du moyen âge. Elle sévit

(1) *De l'épilepsie et autres maladies convulsives*, in-8°, 1881 (?). Trad. H. Carrier, chap. vi, p. 219.

(2) A. Hirsch, *Die organ. Kraukheiten vom historisch.-geographischen Standpunkte.* 2ᵉ éd., Stuttgart, 1886, p. 358, art. *Hystérie.*

principalement sur les filles et les femmes de quinze à vingt ans, à la suite de l'assassinat de Radama II.

D'après Courbon, les formes de l'hystérie seraient graves en Abyssinie; elles se caractériseraient surtout par des troubles cérébraux.

Rigler dit que, chez lez négresses occupées aux travaux manuels, l'hystérie est moins fréquente que chez les blanches; mais sa fréquence devient équivalente lorsque les négresses occupent des situations sociales équivalentes. Ph. Ray (1) n'est pas de cet avis : « Hammond, dit-il, rapporte que, d'après les renseignements qu'il a recueillis, l'hystérie était à peu près inconnue chez les nègres pendant la période de l'esclavage. Je crois cependant que cette opinion est erronée, car nous trouvons les cas les plus typiques d'hystérie chez le nègre au milieu de l'excitation produite par le fanatisme religieux, et ces scènes étaient assurément fréquentes au temps de l'esclavage. Aujourd'hui la maladie, sous toutes ses formes, est certainement très commune chez le nègre. »

Notre ami le docteur Rebourgeon, qui a longtemps vécu au Brésil, dans la province des Amazones, où l'hystérie est extraordinairement fréquente dans la race blanche, nous écrit : « L'hystérie n'est pas rare dans les races noires, et j'ai eu plus d'une fois l'occasion de l'observer chez les descendants d'esclaves au Brésil. Toutes les formes se présentent, depuis l'attaque vulgaire jusqu'à la grande hystérie. D'après mes observations, elle serait plus fréquente chez le métis, soit de race nègre, soit qu'il descende des Indiens; par contre, je ne l'ai jamais observée chez ces derniers, avec lesquels je me suis souvent trouvé en contact dans le nord du Brésil, près de l'embouchure de l'Amazone. Elle est également commune aux deux sexes. »

Nous avons eu l'occasion d'observer à loisir une négresse Bambara, faite captive dans le Soudan, et amenée en esclavage de Tombouctou à Tunis, d'où, rendue à la

(1) *L'hystérie chez le nègre : The New-York medical Record*, 14 juillet 1888. Trad. dans l'*Encéphale*, 1888, p. 564.

liberté, elle vint en France. Elle entra dans le service de M. Charcot pour des attaques de l'hystérie la plus classique aux quatre périodes, et présentait au complet les stigmates permanents caractéristiques de la névrose.

Hirsch dit que les femmes hindoues en sont rarement atteintes, mais que, par contre, les femmes des Européens qui vont aux Indes ne seraient pas plus épargnées qu'en Europe.

Nous savons, en outre, d'après les observations de Boinet et de Salebert (*loc. cit.*), qu'elle existe chez les tirailleurs annamites et tonkinois.

Que conclure de tout cela, sinon à l'endémie générale de l'hystérie, dans les pays tropicaux comme dans les zones glacées qu'habitent les Lapons et les Samoyèdes?

« Hammond prétend aussi que la maladie est à peu près inconnue chez les nations sauvages. J'en doute, en effet, dit Ph. Ray, et je tiens pour certain que toutes les classes d'êtres sont sujettes à ce que nous appelons communément l'hystérie, et je crois que les *animaux inférieurs* peuvent aussi en être atteints sous l'influence de leurs émotions. »



A propos de cette dernière opinion, nous nous bornerons à signaler les observations d'Eletti (1), d'Olver (2), de Charcot (3), et à reproduire l'analyse suivante que donne la *Revue scientifique* (4). Nous avouons n'avoir aucune opinion en la matière.

« *L'hystérie chez les animaux*. — On a beaucoup parlé de

(1) *Storia di un isterismo annuo in una cavalla : Gaz. med. ital. lomb.*, Milan, 1853, 3e série, t. IV, p. 265.

(2) *Hysteria (in a mare) : Veterin. Journ. and Ann. comp. Path.* Londres, 1878, t. VII, p. 367-369.

(3) *Épisodes nouveaux de l'hystéro-épilepsie : zoopsie, catalepsie chez les animaux : Gaz. des hôpitaux*, 1878, p. 1097-1099.

(4) N° 14, 5 octobre 1889, t. XLIV, 3e série, IXe année, 2e semestre, p. 443.

l'intelligence des animaux; mais, jusqu'à présent, on n'a recueilli que peu d'observations de faits tendant à prouver que, chez les animaux comme chez l'homme, il peut se produire une réaction profonde des impressions psychiques sur les fonctions somatiques.

« Un assistant de l'École de médecine vétérinaire de Milan, M. E. Aruch, vient de faire connaître, dans cet ordre de faits, trois observations intéressantes. Il s'agit de chiens ayant présenté, sous l'impression de causes d'ordre moral, des troubles nerveux très accentués.

« Un de ces animaux, qui avait déjà dans ses antécédents une maladie survenue à l'occasion d'un départ de son maître, tomba malade en voyant pour la première fois sa maîtresse tenant dans ses bras le nourrisson auquel elle venait de donner le jour. C'était une jeune chienne de deux ans et demi, très intelligente et très caressante. Les troubles qu'elle présenta furent, d'abord, de la dysphagie, de la toux, de la polyurie, une altération de la voix et une humeur capricieuse; puis une parésie progressive des membres s'établit, et la bête devint aphone. Il y avait une notable diminution de la sensibilité cutanée, sans atrophie musculaire. L'administration de noix vomique détermina des convulsions cloniques. L'animal ayant été sacrifié, on ne constata, à l'autopsie, aucune lésion des centres nerveux.

« Dans le second cas, il s'agit d'un chien de onze ans, très casanier, obèse, affectueux et intelligent, qui fut atteint, pour la première fois, d'une attaque convulsive, sans perte de connaissance, à l'occasion d'une vigoureuse réprimande de son maître. Depuis ce jour, cet animal était repris de semblables accès chaque fois que son maitre rentrait à la maison. Les accès de convulsion avaient remplacé les accès de joie habituels.

« La troisième observation se rapporte à un jeune terrier de deux ans, ayant présenté autrefois une paraplégie dont il était guéri depuis un an. Sa maîtresse lui ayant donné pour compagne une petite chienne, il perdit

aussitôt sa gaieté et son appétit habituels. Son instinct sexuel, jusqu'alors endormi, ne se réveilla que très incomplètement, et des troubles paralytiques multiples se manifestèrent : dysphagie, altération de la voix, paraplégie progressive avec conservation des fonctions du rectum et de la vessie. L'administration de noix vomique provoqua également des convulsions cloniques chez cet animal, qui guérit très rapidement, dès qu'il fut séparé de sa compagne.

« M. Aruch, se fondant sur la nature de ces troubles, sur leur marche et sur l'absence de lésions visibles des centres nerveux, capables de les expliquer, propose de les assimiler aux troubles hystériques observés dans l'espèce humaine. Ce sont, dans tous les cas, des troubles d'origine manifestement psychique. »

CHAPITRE QUATRIÈME

LES STIGMATES HYSTÉRIQUES PERMANENTS.

LES ANESTHÉSIES CUTANÉES.

Importance de l'étude des stigmates permanents : stigmates somatiques, stigmates psychiques.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES. *Stigmata diaboli.*— Tertullien.— Les possessions démoniaques. — L'examen des sorciers par les experts. — Descriptions de Pierre de Lancre et de Jacques Fontaine. — Tous les sorciers ne sont pas marqués. — Les subterfuges des experts dans le procès d'Urbain Grandier. — Gauffridi. — Carré de Mongeron. — Hecquet et le naturalisme des convulsions.

L'anesthésie hystérique tombe dans l'oubli pendant un siècle. — Piorry (1843), Macario, Gendrin (1846), Henrot (1847), Szokalsky, Briquet (1859).

Les recherches de M. Charcot et de son école. — M. Pitres (de Bordeaux) et son élève Lichtwitz.

CE QU'EST L'ANESTHÉSIE HYSTÉRIQUE. — Ses variétés. — Étude de l'analgésie. — Procédés de recherches. — S'assurer si *la sensibilité au contact existe.* — Schémas de sensibilité employés à la Salpêtrière. — Briquet et la sensibilité des *cordons nerveux.* — Analgésie des muscles. — Considérations cliniques sur le sens musculaire et ses variétés. — Analgésie des tissus et des organes profonds. — Disparition du réflexe syncopal.

Thermo-anesthésie. Procédé de recherches. — *Électro-anesthésie.* — Dissociation syringomyélique de la sensibilité étudiée par M. Charcot.

Disposition topographique des anesthésies : Quatre variétés : *générale; hémianesthésie;* en *îlots;* en *territoires géométriques.* — *L'anesthésie se superpose à la fonction et non à l'organe.*

Phénomènes subjectifs en rapport avec l'anesthésie. — Haphalgésie de Pitres. — Phénomènes objectifs secondaires : Abolition du réflexe au chatouillement. — Rosenbach et le réflexe abdominal. — Conservation de certains réflexes organiques et du *réflexe pupillaire sensitif.* — Existe-t-il un trouble local de la température et de la circulation capillaire ?

Il existe dans l'hystérie, comme dans toute maladie générale, un fonds commun sur lequel évolue l'ensemble des phénomènes constitutifs de l'affection.

Ce fonds commun, qu'on pourrait désigner par le terme

concret d'*état général hystérique*, réservant celui de *tempérament* pour ce qui regarde plus particulièrement le côté psychique, est formé par la réunion d'un grand nombre d'éléments. Cet ensemble n'est pas toujours complet : plusieurs anneaux de cette chaîne pathologique peuvent faire défaut au moment précis de l'observation; mais un lien commun les réunit, la ténacité, ce qui leur a fait attribuer par M. Charcot le nom de *stigmates permanents*.

Leur étude est de première importance, car non seulement, en l'absence de manifestations éclatantes, attirant forcément l'attention et souvent temporaires, ils permettent d'affirmer que l'individu est hystérique, mais encore leur connaissance approfondie est indispensable pour la saine interprétation de ces phénomènes qui sont souvent leurs tributaires.

C'est pourquoi leur description s'imposait tout d'abord.

L'ordre que nous suivrons dans leur exposition n'a rien de physiologique ; désireux, avant tout, dans ce travail, de rester sur le terrain clinique, nous procéderons absolument comme si nous étions en présence d'un malade soumis à notre examen.

Après avoir montré dans les deux précédents chapitres comment naissait l'hystérie, nous allons maintenant étudier les caractéristiques du terrain sur lequel elle va évoluer.



Les stigmates permanents des hystériques sont variés. On peut les diviser en *somatiques* et en *psychiques*. Parmi les premiers, il n'en est peut-être pas de plus fréquents que les troubles de la *sensibilité*, anesthésie ou hyperesthésie, la première surtout, l'anesthésie, dont la notion est des plus anciennes, et que nous allons particulièrement envisager dans ce chapitre.

Parmi les signes de possession diabolique reconnus par l'Église depuis les premiers siècles de sa fondation, à côté de l'élévation du corps en l'air, de la faculté de parler et

de comprendre les langues étrangères, nous trouvons les *marques* que les démons impriment sur le corps des possédés. Ces *stigmata diaboli* consistaient en places insensibles, et on les trouve si souvent notés dans l'histoire des possessions que nous pouvons juger par là même de la fréquence des anesthésies hystériques.

Tertullien (1), un des Pères de l'Église, écrivait « que le corrupteur du genre humain a coutume de marquer les siens pour les reconnaître, voulant se rendre semblable au très haut Créateur, lequel marque intérieurement les siens d'une marque adhérente à l'âme ». « *Adducit eos ad adorandum ipsum,* disait saint Hippolyte, martyr, *ac sibi obtemperantes sigillo suo notat.* »

Il faut ajouter encore qu'un certain nombre de ces malheureux fanatisés, se croyant véritablement possédés, étaient en proie à des sensations particulières et disaient ressentir, en des endroits qu'ils désignaient eux-mêmes, les uns une chaleur pénétrante, les autres un froid très vif : ce sont là des phénomènes que nous retrouverons, car ils appartiennent nettement aux troubles de la sensibilité dans l'hystérie.

En 1634, Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun, dont nous avons publié l'autobiographie (2), se plaignait sans cesse de fourmillements. Elle avait « la moitié du corps tout grillé ». D'hémianesthésique, ou hyperesthésique, elle devenait anesthésique totale : « D'autres foys, dans les grandes froideurs de l'hiver, j'ay passé une partie des nuits toute déshabillée dans les neiges ou dans les cuves d'eau glacée. En outre, je me suis souvent mise en les espines, en sorte que j'en estois toute déchirée ; d'autres foys, je me roulois en des orties et j'y passois des nuits entières. »

(1) Cité par Briquet, p. 268.

(2) *Sœur Jeanne des Anges*, autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. *Préface de M. le professeur Charcot.* In-8° de 321 pages. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1886. (En collaboration avec le Dr Legué.)

Il faut dire cependant que le plus souvent, ainsi que l'indique nettement Pierre de Lancre (1), les sorcières ignoraient complètement qu'elles fussent marquées avant qu'on les eût examinées; ce qui, plus que les phénomènes accusés par Jeanne des Anges, est en rapport avec ce que nous savons aujourd'hui sur le peu de fréquence des sensations subjectives chez les hystériques anesthésiques.

Les ouvrages médicaux de l'époque sont des plus explicites au point de vue de l'anesthésie. Un médecin, Paul de Bé (2), intitule un des chapitres de son ouvrage : « *Energumeni* (les sorciers ou possédés) *quomodo diagnoscendi?* » On y lit ce qui suit : « *Imo* ἀναισθησία tanta est ut si pungantur, nec sentiant nec fundant sanguinem. » On ne saurait mieux dire.

Tout individu accusé de sorcellerie était dépouillé de ses vêtements, rasé par tout le corps, et *sondé* par des experts jurés, le plus souvent chirurgiens ou barbiers, et parfois aussi anciens sorciers échappés à l'Inquisition et qui, fanatisés plus encore que les autres, se livraient avec une véritable rage à leurs investigations.

C'est ainsi que ce même Pierre de Lancre, conseiller au Parlement de Bordeaux, qui à lui seul alluma plus de cinq cents bûchers, se faisait assister par deux experts, « un chirurgien estranger, mais neatmoins pour lors habitant de Bayonne, qui, à force de visiter les dits sorciers et rechercher les marques, y devint merveilleusement entendu et suffisant », et une ancienne sorcière de dix-sept ans, nommée Morguy, « mais ayant depuis quitté le mestier par la grâce de Dieu » (3).

Morguy examinait plus particulièrement les jeunes filles et les enfants. « Le chirurgien estoit pour les sorcières... estant plus raisonnable d'esteindre en luy la concupiscence

(1) *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons.* Paris, 1612, p. 188.
(2) Cité par Briquet.
(3) *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons.* Paris, 1612.

que telles visites peuvent allumer (luy faisant seulement voir des charognes en vie, si horribles que c'est merveille que le diable mesme les veuille cognoistre) que l'amour par la visite, la sonde, l'attouchement et l'espreuve de ces jeunes fillettes qui ne sont, en ce pays là, que trop libres pour laisser voir la marque en quelque partie qu'elle soit. »

Pour rechercher les stigmates, l'expert, après avoir bandé les yeux des sorcières, procédait ainsi qu'il suit : « Il avoit une espingle en la main gauche, avec la teste de laquelle il faisoit semblant de pincer la sorcière en plusieurs lieux qu'elle ne pouvoit voir, ayant les yeux bandez, et, en la main droite, il avoit une esguille ou une aleine bien déliée, et ayant pincé la sorcière avec la teste de l'espingle en plusieurs lieux, elle se trémoussoit et se plaignoit artificiellement comme si elle eut souffert quelques grandes douleurs, et néantmoins, bien qu'en mesme temps on lui mit l'esguille jusques aux os, elle ne disoit mot. »

Mais tous ces prétendus sorciers n'étaient pas des hystériques; aussi certains experts usaient-ils parfois de supercheries, n'hésitant pas à affirmer l'existence de marques inventées pour les besoins de leur horrible cause.

Parfois ils se laissaient guider par des inimitiés personnelles. Ne suffisait-il pas, d'ailleurs, à ceux qui n'avaient de juge que le nom, de poser comme principe que le diable dûment interrogé par les exorcistes répondît (par la bouche de la possédée) que le sorcier était porteur de stigmates ?

Dans cette malheureuse possession des Ursulines de Loudun, qui ne fut, au fond, qu'un procès politique basé sur les convulsions de religieuses hystériques, le diable, qui possédait Sœur Jeanne des Anges, répondit aux exorcistes, commandés par Laubardemont, que l'infortuné Grandier « estoit marqué en deux endroicts du corps les plus secrets, *in duabus natibus circà annum et in duobus testiculis* ».

Le chirurgien Mannoury, chargé de cette visite, s'en

acquitta avec une cruauté et un acharnement inouïs. « Il fit dépouiller Grandier tout nud, bander les yeux et raser partout et sonder et piquer jusqu'aux os en plusieurs endroicts de son corps. » Cette visite fut si douloureuse que le patient ne put s'empêcher de pousser des cris, qui furent entendus des nombreuses personnes rassemblées dans la rue. Cependant, il fallait trouver les points indiqués par le diable, et, pour arriver à ce résultat, le misérable chirurgien fit « semblant de picquer Grandier, et au lieu de ce faire, appuyoit son poulce et disoit qu'il y mettoit la lancette et qu'en ce lieu il étoit insensible ».

Un apothicaire de Poitiers, le sieur Carré, indigné de cette triste comédie, prit la lancette de la main de Mannoury et « picqua Grandier, qui fut reconnu parfaitement sensible ». Les médecins présents dressèrent un rapport, mais Laubardemont le supprima et n'accepta que celui de Mannoury, contresigné par l'apothicaire Adam. Malgré ses dénégations, il fallut bien que le malheureux Grandier restât marqué. Le diable l'avait dit, il ne pouvait se tromper (1).

C'était peut-être pour mettre fin à de semblables supercheries, engendrées par la duplicité ou le fanatisme, que le Parlement de Paris, en 1603, avait expressément interdit l'épreuve de la piqûre. On voit que cet édit était resté lettre morte, au moins dans les provinces, puisque la possession de Loudun date de 1632.

La possession des Ursulines d'Aix, qui se termina par le supplice de Gauffridi, fit naître, en 1611, une sorte de *Traité des marques des sorciers,* dû à Jacques Fontaine, conseiller et médecin ordinaire du Roi (2), dans lequel nous trouvons, au milieu d'un fatras scolastico-religieux, des considérations intéressantes sur les stigmates sensitifs.

(1) Voy. Legué, *Urbain Grandier et les possédées de Loudun.* In-4°, 2e éd., 1880, p. 212. — Legué et Gilles de la Tourette, *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.*

(2) *Des marques des sorciers et de la réelle possession que le diable prend sur le corps des hommes.....* dédié à la Reine régente de France, par Jacques Fontaine, conseiller et médecin ordinaire du Roy. Lyon, 1611.

Louis Gauffridi fut trouvé « marqué en plusieurs endroicts où l'on fourroit une esguille fort avant dans la chair sans que ce misérable y eust aucun sentiment, encor que dans l'une des dites marques on eust faict entrer plus de trois doigts de l'esguille.

« Sur quoy, le bruit s'espandit incontinent, parmy tout le peuple, que c'estoit véritablement un sorcier et qu'il ne pouvoit estre autre puisqu'il estoit marqué. »

Chez Gauffridi, l'anesthésie était répartie en îlots. « Il fut trouvé marqué par les médecins et chirurgiens et par autres personnes, voire par luy-mesme, en plus de trente endroicts de son corps, et principalement sur les reins, auquel lieu, selon le dire du démon, qui l'avoit auparavant accusé, il avoit une marque de luxure si énorme et profonde, esgard au lieu, qu'on y plantoit une esguille jusques à trois doigts de travers, sans appercevoir aucun sentiment, ny aucune humeur que la picqure rendist. » (P. 7.)

Non seulement les marques sont *extérieures,* mais encore elles peuvent être *intérieures,* c'est-à-dire intéresser les muqueuses, « pour ce qu'on a trouvé des marques dessous la langue, dedans les lèvres, dedans les parties honteuses, dessous les paupières, dedans le nez, dedans le poil de la teste; il (le diable) en peut faire entre les doigts et l'ongle, dans le fondement de l'homme ou en la nature de la femme, ou bien (comme il est extresme et dénaturé) au lieu le plus noble et le plus précieux qui soit en toute la personne, où il semble impossible de l'imprimer, comme ès yeux ou dans la bouche ».

L'anesthésie des muqueuses était donc déjà un fait connu à cette époque. Les piqûres ne saignent pas, et le fait de ne pas « rendre de l'humeur » différencierait les marques des sorciers des endroits insensibles qu'on trouve dans la « paralysie et la ladrerie ». (P. 14.)

« Quant à l'essence et nature des marques des sorciers, on les trouve sans aucun sentiment et sans humeur quelconque, sans aucune eslévation dessus la peau, mais à fleur

d'icelle, l'espreuve faict foy de mon dire : car en les picquant profondément avec une esguille, on n'y trouve ny sentiment ny humeur qui sorte de la picqûre, ny enflure qui la suive. » D'où il s'ensuit, pour J. Fontaine, que ce sont des parties mortes.

Quant à Magdeleine de la Palud, accusée d'avoir été ensorcelée par Gauffridi, « desià repentie et convertie, elle désigna les lieux de ses marques aux médecins et chirurgiens, à sçavoir : une en chasque advant-pied, la troisième au costé gauche, à l'endroict du cœur, lesquelles on sonda comme l'on a accoustumé; on les trouva seiches, dures et sans aucun sentiment » . (P. 18.)

Jacques Fontaine note aussi que les stigmates peuvent disparaître : « Le jour de Pasques prochaines, elle rapporta au Père qui l'exorcisoit, et à plusieurs autres, qu'elle avoit senty de grandes et extrêmes douleurs aux lieux où estoyent les marques, qui fut cause qu'elle fut visitée de nouveau par des médecins et chirurgiens, et treuva-t-on que véritablement les marques qu'on avoit auparavant sondées n'y estoyent plus, car en y mettant une esguille comme on avoit faict auparavant, on trouva le lieu de la marque fort mol; et après l'avoir picquée, il sortit du sang vermeil de la picqueure, dont on trouva que les marques de sorcière qu'elle avoit estoyent effacées. »

« Aubert de Poitiers, advocat au Parlement, rapporte de Lancre, m'a dict qu'il avoit assisté à l'instruction du procez d'un sorcier mareschal de Chasteau-Thierry, qui se trouva marqué sur l'epaule dextre, et, le jour suyvant, le diable lui avoit effacé la marque... M. Claude Deffay, procureur du Roy à Ribemont, m'a dict qu'il avoit vu la marque de Jehanne Herviller, sorcière de laquelle il m'a envoyé tout le procez, et le jour suyvant la marque se trouva effacée. »

La lecture de l'ouvrage de Carré de Montgeron, le célèbre apologiste des miracles opérés sur le tombeau du diacre Pâris, ne laisse aucun doute sur la constatation, à cette époque, de l'anesthésie des tissus *superficiels* et *profonds*, y compris les viscères.

L'observation de Philippe Sergent, âgé de vingt-neuf ans, qui guérit subitement le 10 juillet 1731, sur le tombeau du diacre Pâris, d'une hémiplégie droite d'origine hystérique, est intéressante à une foule de titres sur lesquels nous nous expliquerons à diverses reprises. Pour le moment, constatons seulement que la jambe paralysée était le siège d'une anesthésie absolue, superficielle et profonde. « Au mois de mai 1730, dit Carré de Montgeron (1), Sergent, assis auprès du feu et accablé jusqu'à l'excès à la vue de ses maux, prend un tison ardent, l'applique au mollet de sa jambe droite, en voit tranquillement brûler la peau et les chairs, résolu, dit-il, de la laisser entièrement consumer si le feu n'était pas capable d'y ressusciter le sentiment, et voulant se délivrer ainsi de la vue affligeante et du poids inutile d'un membre qui lui paroît mort; triste et pitoyable ressource qui ne pouvoit être imaginée que par le désespoir.

« Sa femme présente, mais non spectatrice de cette tragique scène, avertie par l'odeur des chairs brûlées, se tourne à l'instant, et appercevant la fumée qui s'exhale de la jambe brûlante de son mari, elle court effrayée, lui arrache l'instrument de sa rage, et lui reproche, par l'abondance de ses larmes, l'excès d'un tel emportement. »

Carré de Montgeron a noté l'anesthésie de la muqueuse oculaire dans l'amblyopie hystérique, et il n'est pas douteux que la malheureuse Jeanne Mouler, à laquelle il administra lui-même les *grands secours* avec un chenet pesant de vingt-neuf à trente livres, ne fût atteinte d'anesthésie viscérale.

« Lorsque les coups sont frappés avec beaucoup de violence, dit-il (2), le chenet s'enfonce si avant dans l'estomac de la convulsionnaire, qu'il paroît pénétrer jusqu'au dos, et qu'il semble devoir écraser tous les vis-

(1) *La vérité des miracles*, t. I, Cologne, 1745. *Miracle opéré sur Ph. Sergent*, p. 3.

(2) *Continuation des démonstrations des miracles opérés à l'intercession de M. de Paris*, s. l., t. II, 1741.

cères qui se trouvent sous le poids de ses coups; et c'étoit pour lors que la convulsionnaire s'écrioit avec un air de contentement peint sur son visage : « Ha! que cela est « bon ! Ha! que cela me fait du bien! Courage, mon frère, « redoublés encore de force si vous pouvés. »

« Après que ces cent coups lui eurent été donnés, je repris le chenet et je voulus essaier contre un mur si mes coups, qu'elle trouvoit si foibles, et dont elle se plaignoit si amèrement, n'y produiroient aucun effet. Au vingt-cinquième coup, la pierre sur laquelle je frappois, qui avoit été ébranlée par les coups précédents, acheva de se briser : tout ce qui la retenoit tomba de l'autre côté du mur et y fit une ouverture de plus d'un demi pié de large.»

Toutefois, l'action du surnaturel dans ces phénomènes si particuliers ne satisfaisait pas tous les esprits au dix-huitième siècle; car, dans un ouvrage (1) contemporain de celui de Carré de Montgeron, et dans lequel le merveilleux est fortement pris à partie, « l'endormissement de la peau sous les coups de bûche » (2e part., p. 21) et « tous les impertinens secours qu'elles (les convulsionnaires) exigent et se font rendre pour réprimer les troubles et soulèvemens qui se manifestent dans leurs bas-ventres » sont nettement rapportés aux vapeurs hystériques (1re part., p. 16-17).



Les descriptions si précises des démonologistes, parmi lesquels il se trouvait des médecins comme Jacques Fontaine; d'autre part, l'opinion si nettement formulée par Hecquet, qui avait été doyen de la Faculté, auraient dû, à ce qu'il semble, inspirer dans leurs descriptions les auteurs qui, ultérieurement, entreprirent l'exposé symptomatique de la névrose.

Il n'en fut rien cependant. Sydenham se borna à signa-

(1) *Le naturalisme des convulsions dans les maladies de l'épidémie convulsionnaire,* en 3 parties. A Soleure, chez Andreas Gymmus, *A la Vérité,* 1733. (Attribué à Hecquet.)

ler certaines formes d'hyperesthésie, la rachialgie en particulier, phénomène à l'étude duquel Brodie, en 1837, apporta la plus précieuse contribution. Pendant toute cette longue période, l'anesthésie hystérique reste complètement dans l'ombre. Peut-être les auteurs craignent-ils de retomber dans le merveilleux des possessions qui en ont fourni tant d'exemples : de ce fait, ils passent sous silence un des chapitres les plus intéressants de l'hystérie.

« Ce ne fut guère qu'en 1843, dit Briquet, que M. le professeur Piorry, qui avait à l'hôpital de la Pitié des salles dans lesquelles se trouvaient bon nombre de ces malades, fit de nouveau constater, sous le nom de paralysies ou d'anervies, aux élèves qui suivaient ses visites, l'existence des anesthésies de la peau, des sens et des muscles, qu'on pouvait observer sur un certain nombre d'entre elles. »

En 1844, Macario (*Ann. méd. psych.*, janv.) rapporte quelques faits analogues.

La même année, Favrot (1), dans sa thèse inaugurale, décrit un cas d'hémiplégie hystérique avec paralysie sensitive et motrice.

Mais c'est à Gendrin qu'il appartenait d'introduire dans la science la notion des anesthésies sensitivo-sensorielles comme *stigmates permanents* de la névrose, suivant l'expression de M. le professeur Charcot.

La lettre qu'il adressait à l'Académie de médecine (2), et qui fut lue dans la séance du 11 août 1846, mérite, à ce sujet, plus qu'une simple mention.

« 1° L'hystérie, dit-il, n'est point uniquement caractérisée par des attaques spasmodiques reproduites par intervalles ; c'est une maladie continue qui présente toujours, dans les intervalles des attaques, des symptômes qui suffisent pour la caractériser.

« 2° Dans tous les cas d'hystérie, sans exception, depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison, il

(1) *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie.* Thèse de Paris, 1844.
(2) *Bulletins de l'Académie de médecine,* t. XI, p. 1367-1369, 1846.

existe un état d'insensibilité générale ou partielle. Au plus léger degré, l'anesthésie n'occupe que certaines régions de la peau ; au plus haut degré, elle occupe toute la surface tégumentaire et celle des membranes muqueuses accessibles à nos moyens d'investigation, telles que la conjonctive, la pituitaire, la muqueuse bucco-pharyngienne, celle du rectum, du canal de l'urèthre, de la vessie, du vagin. Il n'est pas très rare que l'anesthésie existe dans les organes des sens et qu'elle s'étende dans les parties profondes. Certaines malades perdent jusqu'à la conscience de la position de leurs membres et des actes de la locomotion.

« 3° Il n'y a pas de rapport constant entre le degré de l'anesthésie et l'intensité et la forme des attaques. »

Les idées de Gendrin sont développées, un an plus tard, dans la thèse de son élève Henrot (1), qui est au moins aussi affirmatif que son maître, non seulement sur la fréquence, mais sur la *constance* — ce qui n'est pas tout à fait exact — des anesthésies sensitivo-sensorielles chez les hystériques.

A partir de cette époque, les anesthésies hystériques forment un chapitre de la névrose et sont décrites en France : par Beau (2), qui les rapproche de celles qu'on observe dans l'intoxication saturnine ; par Mesnet (3), A. Voisin (4), qui émet cette opinion, très contestable, que l'anesthésie ne se montre qu'après de fortes attaques avec perte de connaissance.

En Allemagne, Szokalsky (5) trouve constamment l'anesthésie dans dix-sept cas d'hystérie qu'il a examinés.

Enfin, en 1859, paraît le traité de Briquet, qui, par le

(1) *De l'anesthésie et de l'hyperesthésie hystériques.* Thèse de Paris, 1847.

(2) *Recherches cliniques sur l'anesthésie, suivies de quelques considérations physiologiques sur la sensibilité : Arch. gén. de méd.*, 4e série., t. XVI. Paris, 1848.

(3) *Etude des paralysies hystériques.* Thèse de Paris, 1852.

(4) *De l'anesthésie cutanée hystérique : Gazette hebd. de médecine et de chirurgie*, 1858.

(5) *Von der Anæsthesie und der Hyperæsthesie bei den hysterischen Frauen. Vierteljahrsc. f. die praktische Heilkunde*, 1851, p. 130.

soin qu'il apporte dans ses observations et le nombre de celles-ci, mérite d'être consulté à plus d'un titre.

Citons encore Lasègue (1) et Chairou, qui, en 1870, veut faire, à tort, de l'anesthésie de l'épiglotte un signe pathognomonique de l'hystérie.

Mais la période véritablement scientifique, dans l'étude des anesthésies hystériques, date de 1871-1872, époque à laquelle M. le professeur Charcot commença à exposer le résultat de ses études de plusieurs années sur la matière.

Si nous en croyons M. Pitres, malgré les derniers travaux cités, les recherches de Gendrin, Henrot, Briquet, étaient déjà, à cette époque, menacées de tomber dans l'oubli. « La plupart des médecins restaient indifférents ou sceptiques à l'égard de l'hystérie, et ce fut une sorte de révélation quand, en 1872, M. le professeur Charcot, développant l'histoire de l'hémianesthésie hystérique (2), démontra par de nombreux exemples la réalité de la fréquence de ce symptôme chez les hystériques. »

On sait combien fut féconde cette nouvelle impulsion. Les recherches se multiplièrent, et, nous le verrons, chaque jour amènera de nouvelles découvertes dans ce domaine qu'on eût pu croire exploré en tous sens après les travaux de MM. Bourneville et Regnaud, Paul Richer, et particulièrement ceux de M. Pitres (3) et de son élève, M. Lichtwitz (4), auxquels nous avons beaucoup emprunté pour la rédaction de ce chapitre.



Le terme d'*anesthésie*, privation générale ou partielle

(1) *Anesthésie et ataxie hystériques : Arch. générales de médecine*, 1864.

(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1re édit., 1872, t. I, 10e leçon. — T. III. — *Leçons du mardi*, 1887-1889, 2 vol., *passim*.

(3) *Des anesthésies hystériques*. In-8° de 162 pages. Bordeaux, 1887.

(4) *Des anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens, et les zones hystérogènes des muqueuses*. Thèse de Bordeaux, 1887.

de la faculté de sentir (Littré et Robin), comporte un sens très étendu qui mérite d'être dissocié.

La peau, les muqueuses, les organes des sens, et peut-être aussi les organes situés profondément, possèdent, en effet, plusieurs ordres de sensibilité qui peuvent être diversement affectés par l'hystérie. La *sensibilité à la douleur* n'est pas la même que la *sensibilité au froid;* cette dernière peut être abolie alors que la *sensibilité au contact* est conservée. Chacune d'elles mérite donc une mention spéciale. Le tableau suivant, emprunté à M. Pitres, nous donnera dès maintenant une idée générale des modifications de cette sensibilité qui peuvent se produire dans la névrose.

VARIÉTÉS DE L'ANESTHÉSIE CUTANÉE DES HYSTÉRIQUES.

1° *Totale*, c'est-à-dire portant sur toutes les perceptions sensitives.	*a*) *Complète :* anesthésie proprement dite. *b*) *Incomplète :* hypoesthésie.
2° *Partielle*, c'est-à-dire portant sur certaines sensations, les autres étant conservées.	*a*) Perte des sensations douloureuses avec conservation des sensations tactiles : *analgésie.* *b*) Perte des sensations thermiques avec conservation des sensations tactiles et douloureuses : *thermoesthésie.* *c*) Perte des sensations tactiles et douloureuses avec conservation des sensations thermiques : *anesthésie* avec *thermoesthésie.* *d*) Perte isolée des sensations électriques : *électroanesthésie.* *e*) Conservation isolée des sensations électriques : *anesthésie* avec *électroesthésie.*

La perte de la sensibilité à la douleur (*analgésie*) est certainement, de toutes les variétés, la plus fréquemment observée. « Sur deux cent quarante anesthésiques observées par moi, dit Briquet (p. 278), il n'y en a pas eu une seule chez laquelle la peau n'ait été frappée d'insensibilité à un degré quelconque. »

Il faut, avant d'aller plus loin, apprendre à la reconnaître ; car, fait sur lequel nous reviendrons, et dont la notion s'applique à toutes les variétés d'anesthésie, il est bien rare, ainsi que Lasègue l'avait déjà remarqué, que les malades eux-mêmes s'aperçoivent qu'ils sont anesthésiques.

Les procédés à mettre en œuvre pour déceler l'existence de l'analgésie sont des plus simples. Comme pour toutes les explorations chez les hystériques, il est nécessaire que le sujet ait les yeux fermés. Pour ce faire, nous recommandons, au lieu du bandeau qui peut glisser, de fermer directement les yeux avec le pouce et l'index de la main gauche, pendant que la main droite fait l'exploration. Il est désirable qu'une tierce personne rende ce service au médecin, qui, de cette façon, aura les deux mains libres.

Avant de rechercher l'analgésie, il importe de s'assurer si la sensibilité au contact est toujours existante. Souvent, en effet, nous avons vu des expérimentateurs, après avoir préalablement fermé les yeux du sujet, lui pincer légèrement la peau et lui dire : « Sentez-vous? » Ils recevaient une réponse affirmative et concluaient que le malade ne présentait pas d'analgésie sous forme hémilatérale , par exemple. Mais ce dernier avait simplement perçu le contact des doigts, et l'expérimentateur, en opérant d'une façon plus précise, aurait parfois pu remarquer qu'un sujet qui sentait le *contact* d'une épingle n'accusait aucune *douleur* lorsqu'on lui traversait le bras avec cette même épingle.

Pour rechercher la sensibilité au tact, il suffit de poser la pulpe de l'index, par exemple, sur les régions à explorer, en invitant le sujet à compter à haute voix (1, 2, 3, 4, etc.) chaque fois qu'il sentira un contact. En appuyant plus ou moins fort, on juge de la disparition complète ou incomplète de cette sensibilité ; en engageant le malade à compter aussitôt le contact perçu, on juge si la perception est normale ou retardée.

La sensibilité au contact n'entraîne pas seulement

avec elle la notion que la peau est en rapport avec un objet quelconque : elle nous indique, en dehors de la vue, la forme, et nous donne peut-être des indications sur le poids des objets. Pour étudier ces diverses modalités, on placera dans la main des objets de formes différentes, de poids variés, etc.

M. Charcot, dans ses recherches, emploie toujours les procédés les plus simples et n'use jamais des divers esthésiomètres. Il faut opérer vite chez les hystériques dans toutes les investigations qui ont pour objet les modifications sensitivo-sensorielles; on risque, en effet, parfois, de provoquer les phénomènes du transfert qui pourraient vicier les résultats.

Pour rechercher l'analgésie, le procédé le plus simple consiste à piquer la peau avec une épingle assez fine et acérée. Il faudra se souvenir que l'anesthésie, comme nous le verrons, peut être répartie en îlots disséminés, et se livrer alors à une investigation minutieuse. De plus, nous nous croyons autorisé à dire que souvent la recherche de l'analgésie est imparfaite, parce que les piqûres de l'explorateur sont insignifiantes et insuffisantes dans leur répartition. L'endroit où portent le plus souvent les investigations, presque toujours rapides, est la face dorsale de l'avant-bras : or, la peau de cette région est très peu sensible normalement, cela est un fait. On la pique légèrement, en demandant au malade s'il souffre; celui-ci répond par la négative, et le voilà classé anesthésique. Il ne faut pas craindre de piquer plus profondément, et surtout de faire porter toujours les piqûres en plusieurs endroits d'un même côté ou des deux côtés, en ayant présente à l'esprit cette faible sensibilité des téguments de la région antibrachiale.

Au fur et à mesure de l'exploration, on reporte sur les schémas, dont M. Charcot a vulgarisé l'emploi à la Salpêtrière, la topographie des troubles sensitifs. Cela vaut mieux qu'une description écrite : on embrasse d'un coup la disposition de l'anesthésie, et la comparaison de sché-

mas obtenus à diverses époques rend palpables, pour ainsi dire, les variations journalières de sensibilité, s'il en existe (1).

Ces considérations exposées, nous dirons que, chez les individus analgésiques, on peut le plus souvent, — cela dépend du degré de l'analgésie, — sans que le malade ressente de la douleur, traverser *de part en part* le membre, par exemple, qui est le siège du trouble sensitif. Nous insistons sur ce fait, parce que Briquet a émis, sur la sensibilité de la face interne de la peau, une opinion qui nous semble bien particulière.

« L'anesthésie cutanée, dit-il (p. 281), n'intéresse que le tissu de la peau lui-même, et par conséquent que les filets de la peau qui y sont comme fondus. Les cordons nerveux qui se distribuent aux portions anesthésiées conservent toute leur sensibilité, et l'altération porte uniquement sur les houppes nerveuses qui se distribuent à la surface libre. Si l'on fait traverser par une épingle un pli fait à la peau anesthésiée, on observe que les malades ne perçoivent la sensation de la piqûre qu'au moment où l'épingle, après avoir traversé la moitié du pli, de la face externe à la face interne de la peau, est arrivée au contact de la face interne de la peau de l'autre moitié de ce pli. Ce fait, que j'ai constaté bien des fois, a été indiqué par M. Turk, dans un travail sur l'anesthésie, et par M. Mesnet, dans une excellente thèse sur l'hystérie. »

Les recherches que nous avons faites pour vérifier cette opinion ne nous permettent pas de l'adopter. Il est à se demander, en effet, comment, l'épingle ayant à traverser deux fois la face interne de la peau à la base d'un pli, la

(1) Les schémas, dont nous rapporterons bientôt de nombreux spécimens, ne sont pas fictifs à proprement parler. Ils reproduisent tous (sauf un *fictif* emprunté à M. Pitres) les troubles de sensibilité notés chez des malades de la Salpêtrière. Ils ont tous été publiés dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* journal que nous avons fondé en 1888, sous la direction de M. Charcot, avec nos amis Paul Richer et A. Londe. C'est M. P. Richer qui les a dessinés; le schéma, en lui-même, lui appartient également. Nous avons fait suivre la légende qui accompagne chacun d'eux du nom de l'auteur

sensibilité se manifeste seulement au moment où cette face interne est traversée pour la deuxième fois.

Nous n'aurions pas mentionné ce passage de Briquet, s'il ne nous conduisait directement à parler de l'analgésie des parties sous-jacentes à la peau, et en premier lieu de l'état des « cordons nerveux qui se distribuent aux portions anesthésiées et conservent, dit Briquet, leur sensibilité ».

M. Pitres, le premier à notre connaissance, a cherché à contrôler ces assertions en frappant, en piquant le nerf cubital, facilement accessible dans la gouttière qui sépare l'olécrâne de la tubérosité interne de l'humérus. Le nerf a été atteint par l'épingle, dit-il (*op. cit.*, p. 67), car « voici que les muscles de l'avant-bras se sont brusquement contracturés, mais son irritation n'a provoqué aucune sensation douloureuse; la malade n'a ressenti et ne ressent actuellement aucune souffrance ».

Ce qui suit répond, comme à dessein, à l'hypothèse que « l'altération porte uniquement sur les houppes nerveuses qui se distribuent à la surface libre ».

« J'appelle votre attention, ajoute M. Pitres, sur l'intérêt théorique des expériences que nous venons de pratiquer. Elles prouvent, si je ne me trompe, que l'anesthésie hystérique n'est pas le résultat d'une inertie fonctionnelle des extrémités terminales des nerfs sensitifs; car, si l'organe de cette anesthésie était périphérique, l'excitation directe des troncs nerveux devrait éveiller des sensations douloureuses dans les ganglions centraux restés intacts. Du moment qu'il est possible de frapper et de piquer les nerfs des membres sans provoquer de réaction sensitive, c'est que l'organe de l'anesthésie est situé au-dessus des nerfs, et, comme au-dessus des nerfs il n'y a que les centres nerveux, c'est dans une modification fonctionnelle des

auquel il appartient : de cette façon, on pourra, si on le désire, se reporter à l'observation dont il traduit les particularités. La notation conventionnelle des troubles de sensibilité employée à la Salpêtrière est la suivante : lignes transversales pour l'*anesthésie ; pointillé* pour l'hypoesthésie ; *quadrillé* pour l'hyperesthésie ; *taches noires* pour les zones hystérogènes. Pour les autres modes de sensibilité, une notation écrite est nécessaire.

centres nerveux qu'il nous faudra chercher, plus tard, la cause déterminante des anesthésies hystériques. »

Les troncs nerveux peuvent donc participer et, nous ajouterons, participent, dans la grande majorité des cas, à l'analgésie de la peau qui les recouvre.

Les muscles sont également analgésiques. M. Pitres a encore fait de cette analgésie musculaire une étude des plus précises.

Après avoir rappelé, au point de vue théorique, les travaux de Carl Sachs, Rollet, Golgi, Ch. Bell, sur les sensations spéciales dont les muscles sont le siège, le professeur de Bordeaux résume ces sensations ainsi qu'il suit :

« *a*) Quand nous comprimons fortement un de nos muscles, nous éprouvons une souffrance différente de celle que produit la pression de la peau ou des autres tissus profonds.

« *b*) La contraction d'un muscle est accompagnée d'une sensation toute particulière qui nous fait apprécier exactement le degré de durcissement actif des fibres musculaires.

« *c*) Quand un de nos muscles est resté contracté pendant un certain temps, ou quand il s'est contracté souvent à des intervalles rapprochés, nous éprouvons une sensation pénible de fatigue ou de courbature. »

Il conclut alors, après expériences, que, chez l'hystérique analgésique, on peut serrer entre les doigts le biceps sans provoquer de douleur. Mais ce muscle, qui est insensible à la pression, reste excitable au pincement, à la percussion, aux agents électriques; en un mot, malgré l'analgésie dont il est le siège, sa puissance de contraction reste intacte.

Il paraît, de plus, ressortir des expériences que les sensations de fatigue et de courbature ne se produisent pas dans les muscles anesthésiques comme elles se produisent dans les muscles jouissant de leur sensibilité normale. (3e proposition.)

La réponse à la deuxième proposition est plus délicate, en ce qu'elle entraîne avec elle la notion de ce que l'on a

appelé le *sens musculaire*, phénomène évidemment très complexe. On sait en quoi il consiste, cliniquement tout au moins, car nous croyons qu'il est inutile de nous livrer à des discussions qui ne seraient d'aucune utilité.

Supposons un hystérique hémianesthésique droit : il ne s'agit plus simplement ici d'analgésie. Les yeux étant préalablement fermés, nous soulevons son index droit : il est dans l'impossibilité de dire quel est le doigt qui a été soulevé. Portons en haut sa main droite, et ordonnons-lui d'aller la saisir avec la main gauche saine. Il ne peut exécuter l'ordre donné, ou, pour l'exécuter, se guidant par le toucher conservé à gauche, il cherche avec la main gauche, en commençant son investigation par les parties sensibles du tronc, la racine de l'épaule droite, et descend ainsi jusqu'à sa main, dont il ignore la situation. Pendant l'exécution de l'ordre, l'expérimentateur vient-il à placer sa propre main dans la main gauche qui est sensible, l'hystérique croit tenir la sienne propre.

Non seulement la notion de position est abolie dans le membre anesthésique, mais la main droite ne se rend plus compte de la configuration, du poids des objets, et, de plus, nous le verrons bientôt, si l'on ordonne au sujet de serrer un dynamomètre de chaque main, on remarque que la force musculaire est considérablement diminuée dans le côté malade.

Si l'anesthésie est généralisée à toute la surface cutanée, on peut soulever le malade de son lit, le déposer à terre sans qu'il s'aperçoive du changement de position. Vient-on à lui ordonner brusquement de fermer les yeux lorsqu'il marche, il tombera lourdement sur le sol si l'on ne le soutient pas à propos.

Ce sont là des phénomènes que l'on retrouve également dans d'autres maladies du système nerveux, l'ataxie locomotrice en particulier. On connaît de même la perte du sens musculaire dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale par lésion organique de la capsule interne ; mais M. Charcot insiste sur ce fait, que ce phénomène est toujours beau-

coup moins marqué que dans l'hystérie, où il atteint son summum d'intensité.

M. Pitres fait observer qu'on confond très souvent, en clinique, le *sens musculaire* avec la *notion de position des membres;* nous lui donnons volontiers acte de ces différences, mais nous ne continuerons pas moins à classer tous ces phénomènes sous la même rubrique, après nous être, toutefois, préalablement expliqué sur la signification très générale que nous attribuons à cette expression de *perte du sens musculaire*. La preuve que ces phénomènes sont très complexes et ne relèvent pas tous de la même cause, c'est qu'ils peuvent être dissociés, la notion de position persistant, alors que le sentiment de l'activité, de la fatigue musculaire, la sensibilité du muscle à la piqûre, etc., ont disparu, ainsi que M. Pitres en rapporte une observation.

Duchenne, de Boulogne (1), a décrit, sous le nom de *paralysie de la conscience musculaire ou de l'aptitude motrice indépendante de la vue,* un phénomène du même ordre que les précédents, relevant plus particulièrement de l'amyosthésie, et qui mérite, par ses caractères bien tranchés, une mention spéciale : « Chez les sujets, dit Duchenne, atteints de cette forme de paralysie, la volonté n'a le pouvoir de provoquer la contraction des muscles qu'à la condition d'être éclairée par la vue. » Notre malade de tout à l'heure avait perdu le sens de la position de son membre anesthésique, mais il pouvait avec ce membre, les yeux étant fermés, exécuter des mouvements variés. Ici la contraction musculaire, la possibilité de soulever le membre, n'a plus lieu lorsque l'occlusion des paupières est complète.

Ce phénomène a été également étudié par Lasègue (2), qui constata chez ses malades un fait assez curieux : la suppléance de la vision par le toucher. Les yeux étant fermés, l'une de ses malades ne pouvait remuer les doigts de la main gauche; mais si l'on appliquait cette main gauche (anesthésique) sur sa tête (dont les téguments avaient

(1) *Électrisation localisée*, 3e édit., p. 792.

(2) *Anesthésie et ataxie hystériques : Archives générales de médecine,* 1864.

conservé leur sensibilité normale), il lui était possible d'exécuter avec les doigts des actes définis. « Le toucher, en conclut très logiquement Lasègue, vient donc se substituer au sens de l'action musculaire des doigts et de la vue en avertissant le malade que le mouvement s'accomplit selon son intention. » Reste à savoir si, dans la circonstance, le sujet n'avait pas conservé la sensibilité tactile dans son membre anesthésique.

M. Pitres a observé des cas analogues à ceux de Duchenne ; nous en avons nous-même rencontré plusieurs. « La conclusion de tout ceci, dit-il, c'est que les phénomènes qui se succèdent dans l'accomplissement régulier des mouvements volontaires sont extrêmement complexes. » Et il ajoute avec Lasègue : « Admettre un sens ou une conscience de l'activité musculaire indépendant et suffisant à tout expliquer, ce serait simplifier l'étude en sacrifiant une part de la vérité. »

C'est pourquoi, dans notre description, nous nous sommes uniquement placé au point de vue clinique.

Non seulement les nerfs et les muscles peuvent être frappés d'insensibilité à la douleur, mais il est facile de se rendre compte, en frappant la crête tibiale, en enfonçant une épingle dans le radius, dans le cubitus, dans les os de la tête, que le périoste et le tissu osseux peuvent être également anesthésiques.

Il en est de même pour les ligaments qui entourent les articulations. M. Charcot insiste sur la perte de la *sensibilité articulaire,* véritablement spéciale, si l'on se souvient de la douleur si particulière que provoque une entorse. Chez les hystériques analgésiques, on peut impunément exercer de violentes torsions sur les articulations.

Il est plus difficile d'étudier l'état des divers organes ou viscères. Certains d'entre eux, cependant, sont accessibles à l'investigation : la glande mammaire, le testicule, l'ovaire. Ces deux derniers sont, le plus souvent, le siège d'autres troubles sensitifs que nous étudierons dans un prochain chapitre. Quant à la glande mammaire, nous rappellerons

que, dans certaines épidémies, les malheureuses possédées se laissaient tenailler les seins sans manifester la moindre douleur.

On est moins renseigné sur l'état des viscères thoraciques et abdominaux. Cependant, l'insensibilité de ces derniers ne pouvait manquer d'exister, lors de l'administration de ces fameux secours dont les exorcistes qui opéraient sur le tombeau du diacre Pâris se montraient si prodigues.

M. Pitres fait très judicieusement remarquer que l'anesthésie épigastrique entraîne, chez les hystériques, la perte d'un réflexe bien connu des médecins légistes, par ce fait qu'il peut entraîner la mort subite. Un coup violent porté dans la région de l'épigastre est quelquefois immédiatement fatal ; à un degré plus léger, il entraîne une syncope passagère que M. Pitres n'a jamais vue exister au cours de ses expériences.

« Je fais coucher Paule C... sur un lit, dit-il, je comprime son ventre aussi énergiquement que je le puis avec mon poing; elle ne manifeste aucune douleur; elle éprouve plutôt, dit-elle, une sensation de bien-être. Je frappe à coups redoublés sur son épigastre, et, loin d'en être incommodée, elle rit de ces violences qui feraient probablement tomber en syncope un homme vigoureux et bien portant. » (P. 82.)

En terminant ce qui a trait à l'analgésie, nous dirons qu'elle n'est pas toujours absolue; elle varie de l'insensibilité la plus complète aux degrés les plus légers de l'*hypoesthésie* ou de l'*hypoanalgésie,* si nous voulons spécifier.



Parmi les autres troubles de la sensibilité générale se place la *thermoanesthésie,* dont la définition n'a pas besoin d'être donnée. Elle est complète ou incomplète, en ce sens que les malades peuvent accuser de la douleur seulement lorsque le degré de chaleur supportable pour un homme

sain est dépassé, ou ne manifester aucune sensation lorsqu'un fer rouge est appliqué sur la peau.

Pour apprécier les différents degrés de la thermoanesthésie, M. Charcot se sert d'un petit appareil qu'il a décrit dans ses *Leçons du mardi* (1889, p. 507), et dont il nous a été souvent donné d'apprécier les excellents résultats dans l'investigation clinique. Nous le croyons beaucoup plus pratique que les autres instruments analogues, en particulier celui que M. Roth (de Moscou) a employé pour l'étude de la thermoanesthésie dans la syringomyélie. Il se compose, ainsi que le montre la figure 8, d'un thermomètre à réservoir plat, dont l'extrémité inférieure de la tige et le réservoir sont compris dans deux cylindres métalliques à glissement doux. Le cylindre extérieur s'enlève, de façon que l'on puisse constater si la cuvette thermométrique est toujours en place et en bon état. Le cylindre interne est rempli de limaille de cuivre destinée à fournir autour de la cuvette un manchon protecteur et à température fixe, pendant un certain temps tout au moins. Une vis de pression située à la partie supérieure des cylindres permet de maintenir le thermomètre en place et d'éviter les glissements de la tige.



Fig. 8.
Instrument pour la recherche de la thermoanesthésie.

Le cylindre métallique externe est chauffé à la flamme d'une lampe à alcool, de façon que la température ne s'élève pas au-dessus de 100 degrés et ne s'accroisse pas d'une façon trop brusque. La graduation du thermomètre va jusqu'à 115 degrés; mais il faut éviter, à tout prix, les élévations brusques, qui pourraient avoir pour effet de rompre le tube capillaire.

On comprend ainsi qu'en portant, par des chauffages successifs, la température à partir de 30 à 35 degrés jusqu'à 90 degrés et plus, et en appliquant à chaque fois la cuvette

sur la peau (les yeux étant préalablement fermés), on puisse noter très exactement le degré de la thermoanesthésie.

Il est certain que, dans bien des cas, les *tissus sous-jacents à la peau* sont également frappés de thermoanesthésie, car il n'est pas rare de voir des hystériques, saisissant par inadvertance des tisonniers chauffés au rouge sombre, se faire des brûlures du 3ᵉ degré qui n'occasionnent chez eux aucune douleur.

Pour rechercher si la sensibilité au froid existe ou est absente, M. Charcot a l'habitude de se servir simplement d'un petit bloc de glace enveloppé d'un linge de laine dans les parties en contact avec la main de l'observateur, et qu'on promène à la surface des régions en expérience.

Enfin l'*électroanesthésie* consiste dans la non-perception de la sensation douloureuse produite par le passage, à travers les téguments, d'un courant faradique d'intensité variable.



Comment se comportent, comment s'associent entre eux ces divers modes de l'anesthésie ?

En règle générale, on peut dire que, dans les régions où elle existe, l'anesthésie est le plus souvent totale, c'est-à-dire portant sur toutes les perceptions sensitives, que leur abolition soit plus ou moins prononcée.

Toutefois il n'est pas rare que l'anesthésie soit dissociée, que, par exemple, tous les autres modes de sensibilité étant éteints, l'électroesthésie persiste seule, comme M. Ch. Richet l'a montré (1) et ainsi que von Rabenau (2) l'avait indiqué dès 1869. Il peut même y avoir hyperesthésie pour le courant électrique, ainsi que l'ont fait voir ces deux auteurs. Les autres modes de sensibilité étant abolis, nous

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1876, nº 9.

(2) *Ueber die Sensibilitätsstörungen bei Hysterichen*. Berlin, 1869. (Cité par Pitres, p. 13.)

reviendrons sur cette dernière association, en traitant des hyperesthésies.

On peut imaginer toutes les associations; mais la plus intéressante, à cause des résultats cliniques qu'elle entraîne, porte sur la variété syringomyélique magistralement étudiée par M. Charcot. Elle est très importante à considérer, pour éviter des erreurs de diagnostic et de pronostic singulièrement préjudiciables aux malades, ainsi qu'il est facile de le comprendre.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description que notre maître (1) en a donnée à propos d'un malade dont nous avons nous-même publié l'histoire clinique (2). « Dans la règle, dit M. Charcot, l'hémianesthésie, qu'elle soit complète, absolue, ou qu'il s'agisse seulement d'hypoanesthésie, porte uniformément sur tous les modes de la sensibilité, tact, douleur, sensibilité au chaud et au froid. Eh bien, quelques recherches *ad hoc* que je viens de faire et qui ont trait à 17 hystériques thermoanesthésiques, hommes ou femmes, pris au hasard dans mon service, montrent que cette règle est loin d'être absolue. Si, en effet, sur ces 17 cas, il en est 11 qui offrent le type anesthésique vulgaire, il en est 6 où les divers modes de la sensibilité se montrent dissociés. Sur ces 6, il s'en trouve 2 qui ont conservé la sensibilité au tact et à la douleur, mais qui ont perdu la sensibilité thermique. Ce type a été parfaitement décrit par M. le professeur Pitres, de Bordeaux..... Dans les 4 autres cas, la dissociation répond exactement, comme vous pouvez en juger, au type syringomyélique, c'est-à-dire que seule la sensibilité tactile est préservée, les sensibilités à la douleur, au chaud, au froid, étant éteintes absolument ou profondément obnubilées. Sur ces quatre cas, deux fois la dissociation du type syringomyélique a été obtenue, les sujets étant hypnotisables par voie de suggestion. Chez

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1889, p. 517.

(2) Gilles de la Tourette et Dutil, *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. II, 1889, p. 266.

les deux autres, elle s'est présentée telle quelle, sans intervention d'aucun artifice (1). »

L'anesthésie, bien que très fréquente, peut faire défaut dans l'hystérie confirmée. M. Pitres, pour répondre à l'opinion de Gendrin et Henrot, qu'elle existe toujours, a fait quelques recherches, desquelles il résulte que, sur 40 malades hystériques confirmés, deux étaient indemnes de stigmates sensitifs ou sensoriels, quels qu'ils fussent. M. Charcot enseigne que, chez les enfants, en particulier, l'hystérie se présente très souvent sous la forme monosymptomatique, d'une paralysie ou d'une contracture, chorée rhythmée ou autre accident, sans coexistence de stigmates permanents sensitivo-sensoriels.



L'anesthésie est variable dans sa *disposition topographique :* elle est totale ou généralisée, ou limitée dans sa répartition.

L'anesthésie totale est rare : nous en avons cependant observé plusieurs cas. Briquet, sur 240 malades, l'avait notée seulement 4 fois. Szokalsky, sur 17 hystériques, l'aurait vue 5 fois, ce qui a dû, dit Briquet, « dépendre de quelque circonstance particulière, attendu qu'il existe rarement des causes capables de donner lieu à un si grand trouble de la sensibilité; l'anesthésie générale se trouve être dans la même proportion que son hyperesthésie générale, une fois sur cent ».

Nous ne parlons ici de l'anesthésie générale, sensitive et sensorielle, qu'à titre de stigmate *permanent*. A titre *transitoire,* sa fréquence serait plus grande; on note, en effet, parfois, à la suite des attaques et pendant les quelques heures qui les suivent, le développement d'une anesthésie générale chez un sujet qui, par exemple, était précédem-

(1) Voy. également CAILLET, *Etude sur les troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses (dissociation syringomyélique)*. Thèse de Paris, 1891.

ment hémianesthésique et qui le redeviendra, d'ailleurs, le plus souvent, lorsque l'influence de l'attaque sera épuisée.

Dans ces conditions, on peut observer, également à l'état temporaire, l'abolition absolue des sens spéciaux déjà touchés antérieurement, mais de moindre façon (1). On voit alors avec l'anesthésie totale coïncider l'amaurose complète, la surdité, la perte absolue du goût et de l'odorat; mais, nous le répétons, il n'y a aucune proportion à établir entre ces désordres transitoires et les phénomènes permanents, qui s'accusent par des troubles analogues de la sensibilité générale ou spéciale (2).

Le plus souvent donc l'anesthésie est partielle, et elle peut alors revêtir trois modalités : elle est hémilatérale;

(1) En traitant du rétrécissement du champ visuel, nous verrons qu'on observe parfois aussi des phénomènes de même ordre après le paroxysme épileptique. La différence capitale, dans la circonstance, est que dans l'épilepsie ces troubles sensitivo-sensoriels, même atténués, n'existent jamais avant l'accès; ils sont sous sa dépendance immédiate et disparaissent avec lui. Leur caractère est donc aussi *transitoire* dans l'épilepsie qu'il est *permanent* dans l'hystérie, dans les conditions que nous indiquerons au fur et à mesure de l'étude de ces phénomènes. (G. T.)

(2) A ce propos, nous dirons que Heyne (*Ueber einen Fall von allgemeiner cutaner und sensorischer Anästhesie. Deutsch. Archiv. f. klin. Med.*, Bd XLVII, p. 75) a publié un cas d'anesthésie générale, sensitive et sensorielle, d'une interprétation fort difficile. Il a trait à un soldat de vingt-deux ans qui, en septembre 1884, fut pris, dans la convalescence d'un typhus léger, des troubles susindiqués, en même temps que survenaient un tremblement, une grande fatigue et des crampes dans les jambes. Ziemssen (*même recueil,* Bd XLVII, p. 89) observa le même malade le 26 juin 1885; l'état restait stationnaire; ultérieurement, il survint cependant un peu d'amélioration. En présence de troubles psychiques assez singuliers qui existaient également et sur lesquels il serait trop long d'insister, Ziemssen rapprocha ce cas d'un autre qu'il avait observé chez une femme de cinquante-huit ans qui avait eu dix-huit grossesses. Outre l'abolition de la sensibilité générale et spéciale, il existait des douleurs de tête, des vomissements, etc.; une faiblesse avec tremblement du bras et de la jambe du côté droit. Au bout de la quatorzième semaine de maladie, cette femme mourut, et l'autopsie, suivie d'examen microscopique, fut négative. Ziemssen attribue ces symptômes à des troubles fonctionnels du système nerveux se rapprochant de ceux des psychoses, de la mélancolie en particulier. Les cas d'anesthésie générale sensitivo-sensorielle sont assez rares pour que nous ayons cru devoir signaler ces observations, dont nous ne chercherons pas, du reste, à donner l'interprétation. (*Annal. in Neurolog. Centr.*, n° 23, 1er décembre 1890, p. 722 et 723.) (G. T.)

en îlots disséminés sans ordre; elle se limite à des territoires nettement circonscrits.

La forme hémilatérale ou *hémianesthésie* (fig. 9 et 10) est très fréquente : 93 fois sur 240 malades, dit Briquet; un peu moins fréquente toutefois que l'anesthésie en

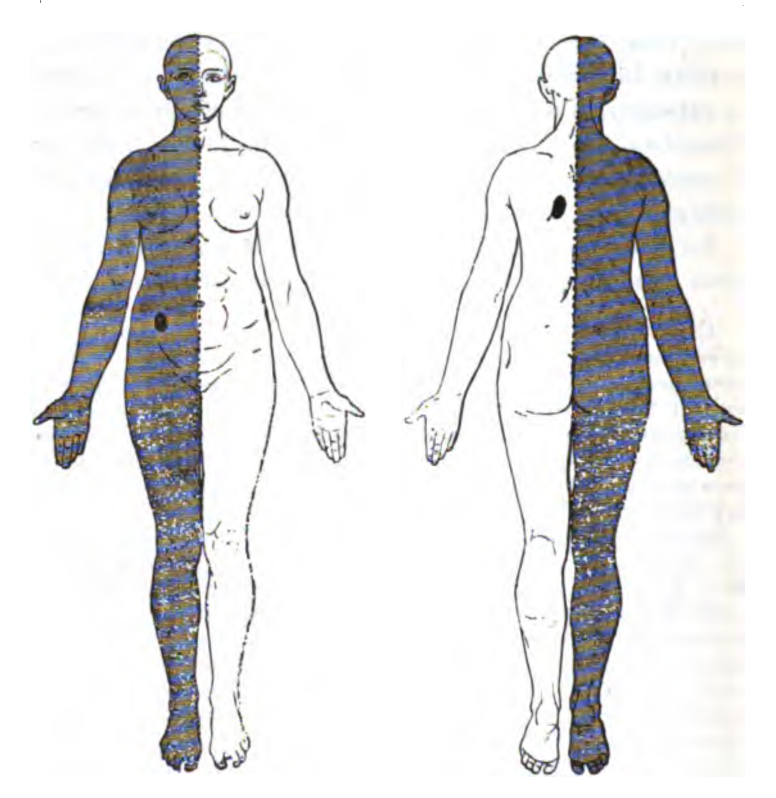


Fig. 9, 10. — Disposition la plus fréquente de l'anesthésie chez les hystériques, ou *hémianesthésie*. Il existait, en outre, dans le cas présent, une zone hystérogène ovarienne et une zone hystérogène dorsale. (Dutil.)

îlots qu'il a observée 143 fois sur le même chiffre d'hystériques.

M. Charcot a tout particulièrement étudié cette disposition hémilatérale de l'anesthésie, qui, comme nous le verrons, intéresse également, le plus souvent, les sens du

même côté. MM. Thomsen et Oppenheim (1) ont fait observer à ce sujet que l'anesthésie n'était pas toujours totalement hémilatérale; qu'un des sens pouvait être pris du côté opposé à l'anesthésie. Ce sont des phénomènes que personne ne songe à nier, et dont la connaissance est bien antérieure à leurs recherches.

Chose particulière, l'hémianesthésie semble avoir une préférence marquée pour le côté gauche. Sur 93 malades, Briquet note que le côté gauche est pris 70 fois et le côté droit 20; chez les trois autres, l'anesthésie, très forte du côté gauche, commençait déjà à gagner le côté droit.

MM. Bourneville et Regnard, sur 34 cas d'hémianesthésie, l'ont vue siéger 23 fois à gauche et 11 fois à droite; M. Pitres, 14 fois à gauche, 4 fois à droite. En additionnant tous ces chiffres, on trouve que, sur 142 cas, l'anesthésie a siégé 107 fois à gauche et 35 fois à droite.

Nous ne dirons rien de l'anesthésie en îlots disséminés, qui peut revêtir les dispositions topographiques les plus variées (fig. 11, 12, 13, 14). Aussi bien, croyons-nous préférable de nous arrêter quelque peu sur l'anesthésie en *territoires* nettement *circonscrits,* dont la connaissance, due à M. Charcot, est encore toute récente.

A dater des années 1884-1885, M. Charcot, étudiant plus particulièrement l'hystérie masculine, démontra que dans certains cas de monoplégie brachiale, par exemple, l'anesthésie se superposait à la paralysie et affectait une disposition telle que, à cette époque où la syringomyélie était encore imparfaitement connue, sa topographie permettait à elle seule de porter le diagnostic.

Il s'exprimait ainsi qu'il suit à propos d'une paralysie hystérique du membre supérieur droit :

« Le département insensible représente en quelque sorte une plaque moulée sur l'épaule, et qui rappelle la pièce des armures du seizième siècle destinée à protéger

(1) *Ueber das Vorkommen und die Beduntung der sensorischer Anæsthesie bei Erkrankungen der centralen Nervensystem.* (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrank.* Bd Heft 2 et 3, p. 559 et 633, 1884.)

cette région. Par en haut, la ligne qui limite l'anesthésie commence au niveau de la base du cou; elle s'étend, en avant, jusqu'auprès du bord droit du sternum, englobe le tiers supérieur du sein et se dirige obliquement vers le creux axillaire qu'elle occupe tout entier, se prolongeant

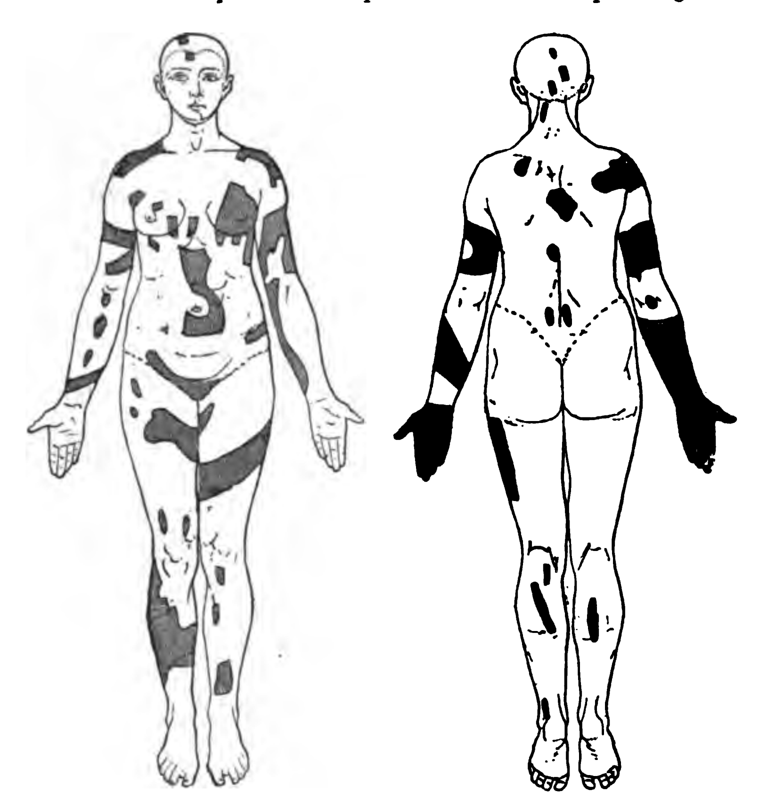


Fig. 11, 12. — Anesthésie en ilots disséminés (d'après Pitres).

même de quatre ou cinq travers de doigt le long de la partie axillaire de la région thoracique. En arrière, elle prend une direction presque verticale et s'étend depuis la base du cou jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. Dans le sens transversal, elle est éloignée des apophyses épineuses d'environ cinq travers de doigt. Le bras presque tout entier est contenu dans la zone

d'anesthésie, qui, pour continuer la comparaison de tout à l'heure, semble lui former un véritable brassard (1). »

S'il existe une paralysie isolée de l'épaule, l'anesthésie se limite en bas « par un plan horizontal fictif perpendiculaire à l'axe du membre, située à deux travers de doigt

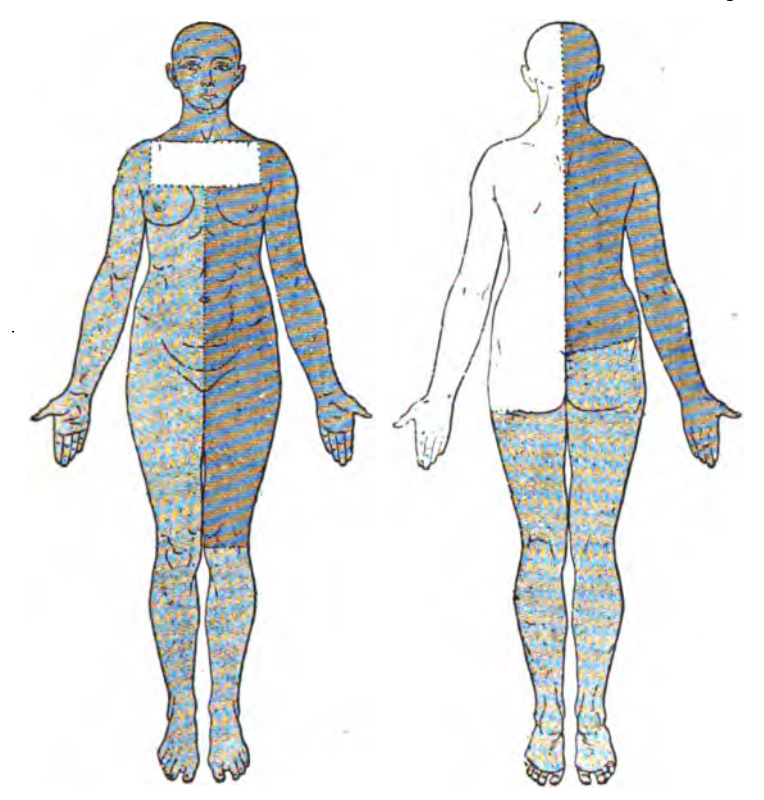


Fig. 13, 14. — Répartition irrégulière de l'anesthésie et de l'hypoesthésie. (G. T.)

au-dessus du coude en avant, et passant en arrière au-dessus de l'extrémité supérieure de l'olécrâne ».

Lorsqu'il existe une paralysie isolée des mouvements de l'articulation du coude, l'anesthésie se trouve comprise entre la ligne inférieure que nous venons de décrire

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*. 22e leç., t. III, p. 345, 1887.

et une ligne inférieure circulaire horizontale, située à environ deux travers de doigt au-dessus du poignet, et suivant encore un plan perpendiculaire au grand axe du membre.

La paralysie isolée du poignet se juge par une disposition analogue de l'anesthésie comprise entre la précédente ligne inférieure et une autre ligne circulaire passant à deux travers de doigt au-dessous de l'articulation radio-carpienne.

M. Charcot fait remarquer que dans ces cas, et toujours du reste, l'anesthésie hystérique ne suit en aucune façon la distribution des nerfs qui sensibilisent ou animent le territoire anesthésié. Il en conclut que « cette disposition par *segments géométriques* (fig. 15, 16), que délimitent des lignes circulaires déterminant un plan perpendiculaire au grand axe du membre, représente vraisemblablement, du moins pour les membres, le type des anesthésies de cause corticale, quelle que soit la lésion qui les produit. Seulement, ajoute-t-il, dans l'hystérie, ce caractère sera en général beaucoup plus accentué, beaucoup plus facile à reconnaître que dans les cas de lésion organique en foyer, sans doute parce que, dans la première, la lésion dynamique se répand sur une plus grande étendue en surface et peut occuper systématiquement la totalité de tel ou tel département des centres corticaux sensitifs. »

Il est inutile d'ajouter que cette disposition géométrique de l'anesthésie, superposée aux paralysies partielles, s'observe aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Nous montrerons le parti que nous avons tiré des données établies par notre maître, pour le diagnostic précis des contractures individualisées de certains groupes des muscles de la face, constituant le blépharospasme, le spasme glosso-labié, et les diverses variétés du torticolis hystérique.

*
* *

Jusqu'ici, à part ce que nous avons dit, — pour ne pas scinder notre sujet, — du sens musculaire, nous nous

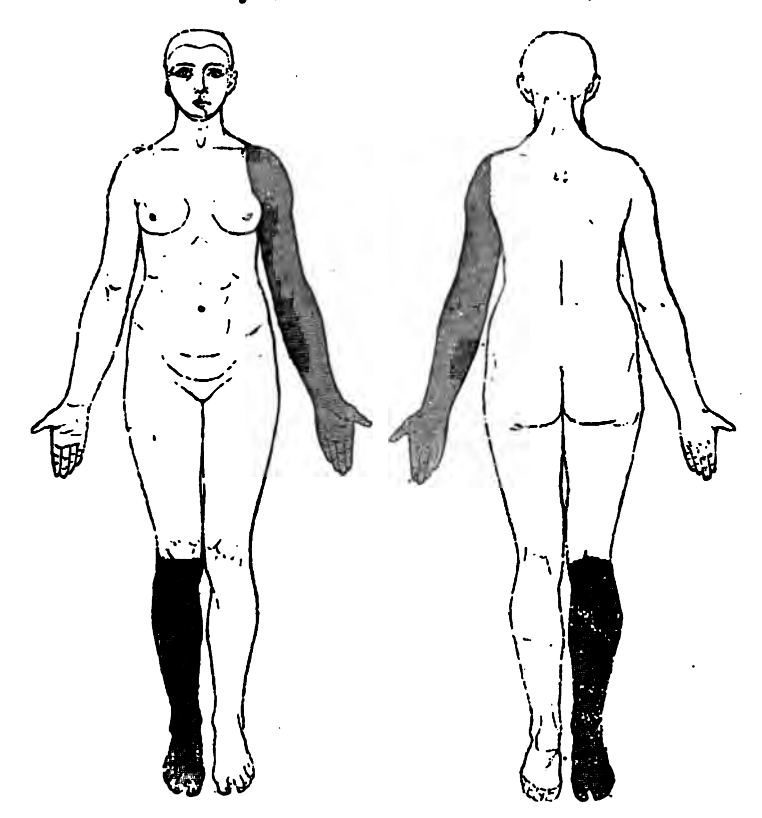


Fig. 15, 16. — Anesthésie en segments géométriques. (G. T.)

sommes presque exclusivement occupé de la recherche objective des divers troubles de sensibilité. Il nous reste à traiter des phénomènes subjectifs que l'anesthésie entraîne avec elle, et de diverses autres modifications qui paraissent être sous sa dépendance.

Briquet a donné des sensations subjectives une description qui, pour être exacte, mérite cependant, comme nous

allons le voir, d'être un peu moins généralisée. « L'anesthésie de la peau, dit-il, entraîne avec elle de la gêne plutôt que du malaise. Les malades ayant perdu la faculté de distinguer les qualités tactiles du corps, telles que leur dureté, leur poli, leur étendue, ne peuvent plus rien juger de ce qui les touche; elles ne sentent pas si elles sont couvertes ou découvertes, elles ne distinguent pas les vêtements qui les couvrent, le lit sur lequel elles sont couchées. Si la vue n'intervenait pas, elles ne seraient pas averties de la présence de corps dont le contact pourrait leur être nuisible. Les mains ne peuvent plus rien tenir; les malades, si elles ne dirigent pas leurs yeux sur ces organes, laissent tomber, sans s'en apercevoir, les objets qu'elles tiennent. Les pieds ne percevant plus le contact du sol, les malades marchent d'une manière mal assurée, elles trébuchent contre le moindre obstacle et lors de la moindre inégalité du sol. Une malade dont toute la peau était anesthésiée disait qu'elle se trouvait comme dans le vide.

« On ne saurait croire, si on ne le voyait, jusqu'à quel degré l'anesthésie de la peau entraîne des troubles dans les mouvements des membres. Nous ne jugeons guère, en effet, de la situation de nos membres que par les sensations qui se produisent à la peau, par le contact de l'air ou des corps ambiants, et par un certain sentiment d'activité dans les parties destinées au toucher. Aussi, le malade qui veut porter un membre à la rencontre de l'autre, s'il a les yeux fermés, ne sait où le diriger, parce qu'il ne sait pas où est le but qu'il veut atteindre; il ne juge même pas bien le mouvement qu'il opère, parce qu'il ne sent pas bien ce qu'il fait.

« Quand l'anesthésie est peu étendue ou quand elle est ancienne, aucune sensation pénible n'accompagne cet état. Mais lorsque l'anesthésie a de l'intensité, elle s'accompagne d'engourdissements, de fourmillements, de picotements très pénibles, et, dans quelques cas, de douleurs lancinantes qui s'étendent jusque dans les parties subjacentes à la peau privée de sensibilité. Il est à remar-

quer que ces sensations douloureuses n'ont ordinairement lieu que lorsque l'anesthésie occupe les membres...

« Enfin l'anesthésie limitée de la peau du tronc donne, en général, lieu à très peu de troubles. » (*Op. cit.*, p. 283, 285.)

La description de Briquet ne semble pas avoir été adoptée par les auteurs qui, après lui, se sont occupés des sensations *subjectives* liées à l'anesthésie. Ils ne nient pas les phénomènes inhérents à la perte du sens musculaire, par exemple; mais, suivant eux, ces phénomènes veulent être cherchés dans la grande majorité des cas, les malades, en somme, n'en étant réellement pas incommodés.

Pierre de Lancre avait déjà fait remarquer que les sorcières ignorent complètement si elles sont marquées (*op. cit.*, p. 188). Mesnet et Lasègue sont également très explicites dans ce sens.

« Que de femmes j'ai vues, dit Mesnet (1), insensibles à la piqûre d'une épingle enfoncée profondément dans la pulpe des doigts, et qui cependant pouvaient coudre et broder comme à l'ordinaire! Le plus souvent, ces altérations de sensibilité n'ont point attiré l'attention des malades, qui témoignent de l'étonnement lorsqu'on leur fait remarquer que telle partie de leur corps est insensible à la douleur, que la force musculaire est diminuée dans un ou plusieurs de leurs membres, que les organes des sens ont perdu plus ou moins de leur sensibilité spéciale. »

Lasègue (2) développe la même idée dans les termes suivants : « Il semble, dit-il, que le fait d'être privé des notions que fournit le contact, apporte un obstacle aux actes les plus nécessaires de la vie. Si heureusement que la vue supplée au toucher, elle ne peut suffire à tout, et si elle donne la notion, elle ne saurait créer la sensation même du contact. Il suffit d'arrêter un instant sa pensée sur la série des petites misères qui résulteraient de la suspension accidentelle de la sensibilité de la peau, pour

(1) *Étude des paralysies hystériques.* Thèse de Paris, 1852, p. 13.

(2) *Anesthésie et ataxie hystériques : Archives générales de médecine,* 1864.

qu'on se représente l'étrange impression qu'éprouverait chacun de nous, si, appuyant le coude sur la table, si, tenant la plume entre les mains, si, s'asseyant sur un siège, il n'était pas averti par une sensation tactile. Et cependant, il est d'expérience que les hystériques, non encore éclairés par les investigations d'un médecin, ne font pas mention de l'anesthésie. J'ai examiné à ce point de vue un grand nombre de filles affectées d'hystérie, d'une intelligence plus que moyenne ; je les ai sollicitées, avec de vives instances, de ne rien omettre des incommodités qu'elles éprouvaient, et je n'en ai pas encore rencontré une qui fit spontanément figurer l'anesthésie parmi les accidents dont elle avait à se plaindre. »

M. Pitres a étudié, lui aussi, tout particulièrement cette question avec son talent habituel. « J'ai interrogé, moi aussi, avec insistance, les hystériques qui ont été soumises à mon observation, et je puis vous affirmer que la plupart d'entre elles ignoraient absolument qu'elles fussent anesthésiques. Pressées de questions, quelques-unes ont déclaré que, depuis un certain temps, elles avaient remarqué qu'elles ne souffraient pas quand elles se piquaient ou se blessaient accidentellement dans certaines régions. D'autres ont prétendu que les membres anesthésiques étaient devenus moins adroits, moins aptes aux travaux de précision. Une hémianesthésique a assuré qu'au bain elle ne percevait la température de l'eau que d'un côté du corps. Aucune n'a signalé l'existence de sensations subjectives incommodes ou douloureuses (engourdissement, fourmillements, picotements, etc.) dans les régions anesthésiques du tégument. C'est là une particularité importante, car d'ordinaire les anesthésies dépendant de lésions organiques de la moelle épinière ou des nerfs périphériques s'accompagnent de sensations subjectives et de troubles fonctionnels qui attirent vivement l'attention des malades et des médecins. L'anesthésie hystérique, au contraire, est un symptôme latent que le médecin doit rechercher par une exploration régulière et méthodique, sans tenir aucun compte des

affirmations des malades, lesquels ignorent presque toujours qu'ils sont anesthésiques. » (*Op. cit.*, p. 28.)

Nous nous rangeons très volontiers à l'opinion exprimée par M. Pitres, bien que nous ayons noté quelquefois des sensations subjectives d'engourdissement, de fourmillements et parfois aussi des douleurs plus ou moins vives dans les membres anesthésiés. Une malade anesthésique totale évitait, sans trop savoir pourquoi, de marcher dans l'obscurité : la difficulté qu'elle éprouvait s'expliquait par ce fait expérimental que, les yeux fermés, elle ne pouvait se tenir debout sur le sol, dont elle ne sentait plus le contact.

En revanche, un autre de nos malades, homme fort et vigoureux, se promenait en bras de chemise dans les cours de la Salpêtrière, par un froid des plus vifs, sans en paraître incommodé. Il ne s'inquiétait nullement de cette singularité et était donc tout à fait inconscient de sa thermoanesthésie.

Ce dont se plaignent le plus volontiers les hystériques hémianesthésiques, c'est de se sentir tout un côté lourd, pesant; le bras de ce côté n'est plus aussi habile, aussi fort qu'à l'ordinaire. C'est, comme nous le verrons, qu'il existe communément, avec l'anesthésie, presque toujours un certain degré d'amyosthénie; mais alors le phénomène est complexe. A quelques exceptions près, nous n'hésitons pas à conclure que l'anesthésie, dans la très grande majorité des cas, veut être cherchée et est presque toujours une trouvaille due à l'investigation médicale.



Il existe cependant des cas dans lesquels les malades éprouvent, au contact de certaines substances, dans les parties anesthésiques ou non, des douleurs véritables, mais dans des circonstances toutes particulières et variables pour chaque malade.

C'est M. Pitres qui a décrit pour la première fois ce phé-

nomène, auquel il a donné le nom d'*haphalgésie* (ἁφή, contact, et ἄλγος, douleur).

« L'haphalgésie, dit M. Pitres (1), est une variété de paresthésie caractérisée par la production d'une sensation douloureuse intense, à la suite de la simple application sur la peau de certaines substances qui ne provoquent, à l'état normal, qu'une sensation banale de contact. »

Il présente alors à ses élèves une femme de trente-trois ans, hystérique confirmée, qui offre un exemple remarquable de ces singuliers phénomènes. Chez elle, tout le côté gauche est atteint d'anesthésie totale et absolue... Si l'on vient à appliquer sur cette peau anesthésique certains métaux, la malade éprouve aussitôt une sensation désagréable et se recule vivement. Le cuivre, le laiton, l'argent et l'or sont les métaux dont l'action haphalgésique a le plus d'intensité. Vient-on à placer dans la main gauche de Thérèse une pièce de monnaie, la main se ferme vivement et se contracture avec une telle énergie qu'il faut développer des efforts considérables pour la rouvrir. Pendant ce temps, la malade s'agite, pousse des cris, et après quelques secondes, elle a une attaque convulsive.

« Les mêmes phénomènes se produisent, lorsqu'elle touche un bouton de porte métallique ou un chandelier en cuivre. Elle a dû proscrire de son ménage tous les objets en cuivre, à cause des accidents auxquels leur contact involontaire donnait lieu. Elle ne peut toucher des bijoux en or ou compter de l'argent que de la main droite, dont la sensibilité est normale. Elle compare la douleur que lui fait éprouver le contact de ces métaux à une sensation indéfinissable de vibration chaude plus désagréable assurément que celle que provoque, du côté affecté, le passage d'un fort courant faradique. »

M. Pitres s'est assuré que la douleur n'était pas due à la contraction des muscles sous-jacents, et il a varié ses expériences de telle façon que la supercherie fût impossible.

(1) *Des anesthésies hystériques, op. cit.,* 1887, p. 15, et *Leçons cliniques sur l'hystérie,* t. I, p. 65, 1891.

L'haphalgésie est un phénomène rare que M. Pitres a observé encore chez une autre malade. Chez celle-ci, le contact de l'argent produisait « une sensation de brûlure qui augmentait rapidement d'intensité et devenait assez vive, si l'on prolongeait l'application, pour provoquer des cris et donner lieu à l'explosion d'attaques convulsives... Le cuivre, le laiton, le plomb, le zinc, l'acier, l'étain et la porcelaine avaient une action à peu près semblable à celle de l'argent, mais cependant moins intense. Le fer, l'ivoire, le verre, le bois, le caoutchouc ne provoquaient qu'un léger agacement. L'or était absolument inactif. » Chez cette malade, la sensation douloureuse existait aussi bien du côté sain que du côté anesthésique.

« Je n'essayerai pas, dit M. Pitres, de vous fournir une explication physiologique, plausible, de cet étrange phénomène de l'haphalgésie (1). Je me contente de vous signaler son existence chez certaines malades et de vous dire qu'il a, très vraisemblablement, une valeur séméiologique sérieuse, car je ne l'ai jamais rencontré que chez des malades atteints d'hystérie avérée. »

Ces faits sont rares et font honneur à la sagacité d'observation de M. Pitres. Nous n'en avons observé qu'un seul, que nous n'aurions pas su interpréter, du reste, si nous n'avions pas connu les recherches précédentes. La malade, hystéro-épileptique à crises distinctes, hémianesthésique droite, ne pouvait supporter le contact de l'or. De ce fait, il lui était impossible de tolérer un bracelet ou des boucles d'oreilles de ce métal. Comme la sensation douloureuse — qui existait des deux côtés — n'était pas excessive, elle essaya, à plusieurs reprises, de garder des boucles d'oreilles et une bague. Mais, au bout de quelques heures, elle fut forcée de les enlever, tant à cause de la sensation douloureuse qui ressemblait à une brûlure que parce qu'il se produisait véritablement, au-dessous de la bague, en particulier, une rougeur ne dépassant pas les limites de l'an-

(1) Voy. à ce sujet A. BINET, *Contribution à l'étude de la douleur chez les hystériques : Revue philosophique*, août 1889.

neau et présentant l'apparence d'une brûlure au premier degré.

Il va sans dire que, dans le cas actuel, la suggestion ne pouvait intervenir; personne, à cette époque, ne connaissait les recherches de M. Pitres, qui venaient d'être publiées, — le fait avait lieu en 1888 — et c'est en interrogeant avec soin les hystériques du service de M. Charcot que nous découvrîmes cette malade, qui depuis a été perdue de vue, au moins sous ce rapport particulier. Nous ajouterons que, d'une façon générale, presque tous les métaux, argent, laiton, etc., étaient mal tolérés par elle, et qu'elle avait pris le parti de ne plus porter de bijoux. C'est sur notre demande qu'elle reprit la bague qui produisit les *traces apparentes* que nous avons constatées, mais que la malade avait observées elle-même spontanément, bien avant que nous eussions attiré son attention sur ce sujet particulier.



A côté de ces phénomènes subjectifs, il en est un certain nombre de secondaires, *objectifs*, bien étudiés par M. Pitres, qui fait remarquer que la plupart, ou au moins quelques-uns d'entre eux, ne sont pas nécessairement liés à l'anesthésie, mais coïncident souvent avec elle.

Notons toutefois que, dans la grande majorité des cas, la peau qui recouvre les parties anesthésiques ne diffère pas par son aspect de celle qui recouvre les parties sensibles chez le même sujet, sauf toutefois dans les cas où il existe de l'*œdème bleu*, trouble trophique qui sera étudié ultérieurement.

En règle générale, dans les régions anesthésiques, les réflexes au chatouillement sont abolis; ce fait est facile à vérifier par l'excitation comparative de la plante de l'un et l'autre pied chez un hystérique hémianesthésique; les réflexes au chatouillement se produisent uniquement du côté sensible. M. Rosenbach (1) a observé que l'excitation

(1) *Centralblatt für Nervenkrankheiten*, 1879, n° 9, p. 193.

superficielle de la peau des parties latérales de l'abdomen détermine, à l'état normal, une contraction brusque des muscles sous-jacents. Ce réflexe abdominal serait aboli dans certains cas de lésions cérébrales, mais, dans l'hystérie, il serait toujours conservé, sans atténuation même, dans le cas où il y aurait anesthésie de la peau.

« Formulée dans ces termes, dit M. Pitres, la loi de M. Rosenbach n'est pas à l'abri de toute critique. Il est certain, en effet, que le réflexe abdominal n'est pas en rapport aussi direct avec la sensibilité cutanée que les autres réflexes au chatouillement, que le réflexe plantaire en particulier. » M. Pitres a vu le réflexe affaibli, mais conservé cependant, du côté hémianesthésique; il l'a vu manquer des deux côtés chez des hystériques à sensibilité dimidiée, et il en conclut, et pour notre part nous nous associons pleinement à sa conclusion d'après nos recherches personnelles, « qu'il n'y a pas lieu d'attribuer à ce symptôme la valeur diagnostique que semblaient devoir lui donner les recherches de Rosenbach ».

Par contre, M. Pitres a noté la conservation de certains *réflexes organiques* et du *réflexe pupillaire sensitif*. Le vésicatoire qu'on applique sur le côté anesthésique produit aussi rapidement et aussi complètement ses effets que le vésicatoire témoin placé du côté opposé, bien que la sensation ne soit pas perçue, à moins cependant que, dans quelques cas particuliers, il n'ait joué le rôle d'agent esthésiogène.

Bien plus, on observe souvent, à la suite des piqûres ou même consécutivement au simple grattage de la peau avec l'ongle, l'apparition d'élevures pustuleuses, de raies rouges saillantes. Il serait donc plus juste de dire que ce réflexe est non seulement conservé, mais encore exagéré. Il est vrai que ces phénomènes, fréquents chez les hystériques, s'observent indifféremment sur l'un ou l'autre côté, sensible ou insensible. Nous en reparlerons en traitant des troubles trophiques.

M. Pitres a fait d'intéressantes recherches sur l'état du

réflexe pupillaire sensitif chez les hystériques. On sait qu'à l'état physiologique la pupille se dilate, quand on excite un organe sensible quelconque. « La pupille est un véritable esthésiomètre dont MM. Schiff et Foa (1) se sont servis pour mesurer le degré de sensibilité des divers organes, et dont on utilise tous les jours les propriétés, depuis les travaux de MM. Budin et Coyne (2), pour graduer scientifiquement l'administration du chloroforme dans l'anesthésie chirurgicale. »

Or, recherchant comment se comportait la pupille quand on excitait des régions de peau anesthésique, M. Pitres a constaté, « à son grand étonnement », qu'elle se dilatait, lorsqu'on venait à piquer ou à pincer fortement des parties anesthésiées du tégument, bien que les malades ne ressentissent aucune impression douloureuse. Il a même mis ce fait à profit dans l'interprétation physiologique de l'anesthésie hystérique, qu'il considère comme étant d'origine centrale.

Les *réflexes cardiaques* et *respiratoires*, succédant aux excitations cutanées, sont-ils modifiés par le fait de l'anesthésie de la peau? « Pour étudier cette question, dit M. Pitres, il faudrait provoquer des excitations violentes, brutales, qu'il n'est pas possible d'utiliser dans l'expérimentation *in anima nobili*. Il est probable cependant que l'anesthésie cutanée ne supprime pas les réflexes dont nous parlons, car l'administration des douches froides détermine, chez les hystériques atteintes d'anesthésie générale, les mêmes symptômes d'angoisse cardiaque et respiratoire que chez les personnes normalement insensibles. »

Nous rappellerons cependant que M. Pitres a noté, le premier, que l'administration des *grands secours* n'était suivie d'aucun réflexe syncopal : ces expériences, en admettant qu'on dût les tenter, devraient être reprises sur

(1) *La pupilla come estesiometre : l'Imparziale*, 1874.

(2) *Recherches cliniques et expérimentales sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme : Archives de physiologie*, 1875.

des sujets anesthésiques totaux, et c'est rarement qu'ils se présentent à l'observation.

Certains *réflexes spéciaux* peuvent être conservés, malgré l'insensibilité. « Quoique anesthésié, dit Briquet, le *clitoris* peut, sous l'influence de la titillation, conserver comme le *mamelon* la faculté d'entrer en érection. » Nous verrons que bien souvent cependant cette érection n'est plus accompagnée de la sensation particulière qu'elle entraîne ordinairement avec elle.

Certains autres phénomènes peuvent coexister avec l'anesthésie cutanée. En premier lieu, nous parlerons de l'abaissement de la température locale et du ralentissement de la circulation capillaire qui sont connexes. A leur sujet, Briquet (*op. cit.*, p. 283) s'exprime en ces termes : « La température de la peau anesthésiée est abaissée de 1 à 2 degrés centigrades. La circulation capillaire s'y fait lentement. Les malades y sentent du froid. » En s'appuyant sur les affirmations de Briquet, plusieurs auteurs ont cru pouvoir expliquer l'anesthésie par un ralentissement local de la circulation capillaire. « Je crois, dit M. Pitres, qu'ils se sont trompés. » Examinant une de ses malades, il montre, à l'aide des procédés instrumentaux les plus précis, que l'irrigation sanguine se fait aussi bien d'un côté que de l'autre. Quant à la température, elle est égale des deux côtés, ou, s'il existe quelques différences, elles ne dépassent pas les limites des causes d'erreur inhérentes à ce genre d'opération. « Ajoutez à cela, dit-il, que ces sueurs spontanées ou provoquées par des injections hypodermiques de pilocarpine sont sécrétées en égale abondance d'un côté et de l'autre; que les frictions excitantes, les sinapismes, les vésicatoires, les brûlures déterminent partout les mêmes phénomènes de rubéfaction et de décollement bulleux de l'épiderme, que les parties anesthésiques s'enflamment et suppurent comme les parties normales, et vous serez sans doute amenés à déduire de cet ensemble de raisons que l'anesthésie des hystériques ne dépend pas d'un trouble local de la circulation. »

Dans un cas, MM. Bourneville et Regnard (1) trouvent, comme température de la main droite hémianesthésique, 37°,2, et de la main gauche saine, 37°; il n'y avait, en somme, pas de différence entre les deux côtés. Nous avons cependant constaté, à plusieurs reprises, un abaissement très notable de la température dans certaines régions anesthésiées; mais il s'agissait là d'un trouble trophique particulier qui ne saurait actuellement entrer en ligne de compte, de l'*œdème hystérique* que nous retrouverons en traitant de la pathologie de la névrose.

Il paraît certain cependant qu'il existe, dans les régions anesthésiées, une ischémie réelle dont Brown-Séquard et Liégeois ont rapporté des exemples (2). Cette ischémie se traduit par ce fait que les téguments anesthésiés donnent rarement, chez les hsytériques, lieu à un écoulement de sang au niveau des piqûres, phénomène relaté dans les possessions démoniaques.

« J'ai noté cette particularité dans le temps, dit M. Charcot (3). Voici dans quelles circonstances : des sangsues ayant été appliquées sur une malade atteinte d'hémianesthésie hystérique, je remarquai que les piqûres fournissaient très difficilement du sang du côté anesthésié, tandis qu'elles en donnaient, comme d'habitude, du côté sain. Grisolle, qui était, vous le savez, un observateur très sage et très sévère, avait constaté la même chose. Cette ischémie, qui d'ailleurs, poussée à ce degré, est assez rare, peut expliquer certains faits réputés miraculeux. Dans l'épidémie de Saint-Médard, par exemple, les *coups d'épée* que l'on portait aux convulsionnaires ne produisaient pas, dit-on, d'hémorrhagie... »

M. Pitres, qui a noté, lui aussi, l'absence d'hémorrhagies à la suite des piqûres, a fait une étude minutieuse des phénomènes qui se passent au niveau de la partie

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 132.
(2) *Mémoires de la Société de biologie*, 2e série, t. I, p. 274.
(3) *De l'hémianesthésie hystérique*. Leç. sur les mal. du syst. nerv., t. I, *op. cit.*, p. 303.

lésée : « Chez les hystériques, dit-il, il semble que les vaisseaux de la peau, directement excités par le contact du corps étranger, se contractent violemment avant que le sang ait pu s'écouler par la blessure. Cette contraction s'accompagne d'une série de phénomènes incomplètement décrits dans les livres, et dont voici la succession : au moment même où l'épingle est enfoncée dans la peau, on voit apparaître, autour du point piqué, une auréole pàle d'un à deux millimètres de diamètre, qui persiste et s'accentue même davantage après que l'épingle a été enlevée. Quelques secondes plus tard, l'auréole s'entoure d'une zone de rougeur diffuse d'un à deux centimètres de diamètre, et en même temps il se forme à sa place une saillie, une sorte de papule ortiée, qui persiste pendant un temps variable, mais toujours assez long : une demi-heure, une heure ou plus, selon les cas. Souvent, alors que la papule est bien formée, il s'écoule, par l'orifice de la piqûre, une petite gouttelette de sérosité limpide. Ces phénomènes semblent bien indiquer qu'il se produit une contraction immédiate des vaisseaux directement intéressés par la piqûre, et un œdème consécutif localisé au point d'irritation initial. »

M. Pitres a constaté, en plus, que cette « hyperexcitabilité vasculaire », qui empêche l'écoulement du sang après les piqûres, est parfois générale, ne se limitant plus aux régions anesthésiques. Il ajoute qu'il est possible de modifier expérimentalement les réactions vaso-motrices d'une région anesthésique sans changer, en aucune façon, les caractères de l'anesthésie elle-même. Ainsi, l'application d'un sinapisme sur les portions insensibles de la peau des hystériques provoque habituellement une rubéfaction locale très vive. Dans ces conditions, les piqûres pratiquées sur la plaque rouge saignent très abondamment et ne provoquent plus la formation de papules; mais l'insensibilité cutanée persiste souvent, comme avant l'application du sinapisme.

Il semblerait donc bien qu'il existât, au niveau des

régions anesthésiées, des troubles vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs. Toutefois, dans une série d'expériences portant sur dix hystériques, cinq hommes et cinq femmes, que nous avons faites (1), avec M. Cathelineau, pour étudier la composition du sang chez ces sujets, nous n'avons jamais remarqué que les ventouses scarifiées à l'aide desquelles nous recueillions le sang, saignassent différemment du côté hémianesthésique, par exemple, que du côté sain. La ventouse simple, préparatoire, ne jouait pas là, croyons-nous, le rôle du vésicatoire de M. Pitres, parce que cette ventouse rubéfiait également les tissus des deux côtés.

M. Guichon (2) a, de plus, montré que l'absorption sous-cutanée se faisait aussi bien du côté anesthésique que du côté sain.

M. Teissier, de Lyon, ayant remarqué que, chez une hystérique qu'il traitait pour une maladie intermittente, les injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine faites du côté hémianesthésique restaient inefficaces, alors qu'elles étaient actives lorsqu'on les faisait du côté sensible, M. Guichon entreprit, à l'aide d'une solution de salicylate de soude, employée en injections hypodermiques, des expériences qui l'amenèrent aux conclusions suivantes :

« 1° Dans l'hémianesthésie hystérique totale ou typique et dans des cas d'hémianesthésie hystérique moins complets, l'anesthésie ne s'oppose pas à l'absorption de substances telles que le salicylate de soude ;

« 2° Cette absorption se fait, même dans un temps sensiblement égal, soit par le côté sensible, soit par le côté anesthésié ;

« 3° Cette absorption semble aussi se faire dans des proportions à peu près égales dans l'un et l'autre côté ;

« 4° L'absorption chez les hystériques hémianesthé-

(1) Voy. Gilles de la Tourette et Cathelineau, *Le sang dans l'hystérie normale : Progrès médical,* 14 février 1891. (Voy. chap. XII.)

(2) *Recherches sur l'absorption sous-cutanée dans l'hémianesthésie hystérique.* Thèse de Lyon, 1890.

siques paraît se faire dans les deux côtés, comme chez un sujet normal ;

« 5° Nous n'avons pas rencontré de fait semblable au fait signalé de la non-absorption du côté anesthésié ;

« 6° De pareils faits sont donc exceptionnels et paraissent devoir être attribués à une idiosyncrasie particulière. »

Toutefois, nous avons trop souvent observé, cliniquement, que les piqûres ne saignaient pas du côté anesthésique, pour mettre un seul instant en doute certaines modifications du côté de la circulation, qu'on trouve signalées par tous les auteurs et dont la nature intime reste d'ailleurs à déterminer.

CHAPITRE CINQUIÈME

LES ANESTHÉSIES DES MUQUEUSES ET DES ORGANES DES SENS.

Généralités. — Rapport entre les anesthésies cutanées et les anesthésies des muqueuses et des organes des sens.

MUQUEUSE BUCCALE. — Troubles de sensibilité générale et troubles du goût — Opinion de M. Lichtwitz. — Faits observés à la Salpêtrière. — Loi de la superposition des anesthésies et des troubles de la fonction. — Sensations subjectives.

MUQUEUSE LARYNGÉE et de l'arrière-gorge. — Discussion. — Chairou. — Gouguenheim. — Gottstein. — Lichtwitz.

MUQUEUSE DES FOSSES NASALES. — Troubles de l'odorat.

APPAREIL AUDITIF. — Étude de la *surdité hystérique*. — Superposition des troubles sensitifs et sensoriels. — Anesthésie de la peau du pavillon et du conduit auditif externe. — Briquet. — Féré. — Walton. — *Expérience de Rinne*. — La surdité hystérique est d'origine centrale. — Phénomènes subjectifs. — Difficultés de diagnostic.

ANESTHÉSIE DES MUQUEUSES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. — Incontinence d'urine. — Constipation. — Diarrhée. — Absence de sens génital.

Évolution et pathogénie des anesthésies cutanées, muqueuses et sensorielles. — Les anesthésies provoquées. — Métalloscopie et agents esthésiogènes. — Séméiologie des anesthésies.

Avant d'aborder l'évolution et l'interprétation des diverses anesthésies cutanées que nous avons décrites dans le précédent chapitre, nous désirons, pour éviter des redites, étudier les anesthésies des muqueuses et des organes des sens, dont l'historique se confond avec celui des précédentes, auxquelles, d'ailleurs, elles sont intimement liées. Rappelons que l'étude d'ensemble la plus complète qui en ait été donnée appartient à M. Pitres et à son élève, M. Lichtwitz (1), auteur d'une thèse à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts.

La muqueuse conjonctivale, l'œil tout entier ne seront

(1) *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses*. Thèse de Bordeaux, 1887.

pas compris dans notre description. M. Charcot a montré que les troubles oculaires tenaient une si grande place dans l'hystérie, que nous leur avons consacré un chapitre spécial.

*
* *

Briquet (1) avait déjà noté très expressément les relations qui existent entre l'anesthésie cutanée et les anesthésies sensorielles; mais il était allé trop loin lorsqu'il écrivait : « Jamais ces anesthésies ne paraissent d'emblée; elles ne se voient que quand des troubles hystériques existent déjà depuis un temps plus ou moins long, et quand une portion plus ou moins étendue de la peau ou des membranes muqueuses a déjà été prise de l'anesthésie. L'anesthésie des sens est donc un phénomène consécutif, et, de plus, il est fort rare qu'elle ne s'accompagne pas de l'anesthésie de la peau. »

Il est parfaitement établi aujourd'hui, cependant, qu'un trouble plus ou moins marqué du goût, un affaiblissement de l'ouïe ou de l'odorat, un rétrécissement du champ visuel peuvent être la manifestation première et monosymptomatique de l'hystérie.

Briquet est plus près de la vérité, — toutes réserves gardées au point de vue de la rareté de l'anesthésie générale, — quand il dit : « Lorsque l'insensibilité occupe toute la peau, les organes des sens sont atteints des deux côtés; lorsqu'elle n'occupe qu'une des moitiés latérales du corps, les organes des sens sont le plus souvent atteints seulement d'un côté, et toujours du même côté que celui où la peau est anesthésiée. » C'est le côté gauche, siège le plus fréquent de l'hémianesthésie, qui serait également le plus souvent frappé par l'anesthésie sensorielle.

Enfin, l'abolition de la sensibilité spéciale et de la sensibilité générale se superpose. « Dans la grande majo-

(1) Briquet, *op. cit.*, p. 291 et suiv.

rité des cas, l'anesthésie avait frappé non seulement le sens spécial, mais encore la muqueuse ou la peau qui revêtent l'organe de ce sens. Dans un très petit nombre de cas où l'anesthésie des sens était faible, la sensibilité de tact était conservée. Ainsi l'anesthésie peut porter collectivement sur le nerf destiné à la sensation spéciale, et sur les nerfs qui président aux sensations du toucher. »

Puis il entre dans des considérations sur l'évolution générale des anesthésies sensorielles, qui méritent d'être reproduites : « Les yeux sont le plus fréquemment atteints, tandis que les autres organes des sens, qui sont moins fréquemment intéressés, le sont dans une proportion à peu près égale entre eux.

« Il est à peu près impossible d'indiquer dans quel ordre l'anesthésie attaque les organes des sens, attendu que les malades ne donnent sur ce point que des renseignements insuffisants ; ce qui paraît le plus certain, c'est qu'elle commence ordinairement par les yeux...

« L'anesthésie des sens peut ne durer que quelques mois, et se dissiper, soit d'elle-même, soit sous l'influence d'un traitement général. D'autres fois, elle peut durer des années sans aucune modification, et ce qu'il y a de plus curieux, c'est que, même dans ces cas, on peut souvent la faire cesser presque instantanément sous l'influence de stimulants spéciaux appliqués à la peau.

« Enfin, de quelque manière que les choses se passent, il est extrêmement rare que ces anesthésies ne finissent pas par se dissiper, car on en trouve rarement des traces chez les femmes âgées, autrefois prises d'hystérie. »

Cette dernière remarque ne doit pas s'appliquer au rétrécissement du champ visuel, qui peut, avec l'hémianesthésie, en l'absence d'autres symptômes ou stigmates, persister jusque dans la vieillesse, comme nous en avons observé deux exemples.

De tout cela, il n'en reste pas moins que les rapports des diverses anesthésies cutanées et sensorielles entre elles sont assez variables, — dans les cas, par exemple, d'anes-

thésie cutanée, en îlots disséminés ou en territoires géométriques, avec troubles sensoriels, — et qu'on peut concevoir toutes les combinaisons, la loi de superposition restant la règle. Et cette règle est surtout absolue, ainsi que l'a montré M. Charcot dans les cas d'hémianesthésie ; du côté insensible, les sens spéciaux sont abolis ou obnubilés, et leur faiblesse se limite, en général, à ce côté. Toutefois, l'œil fait exception à la règle, car, le plus souvent, le rétrécissement concentrique est bilatéral ; il est cependant presque toujours plus accentué du côté hémianesthésique.



Ces prémisses posées, nous dirons qu'on peut observer sur les muqueuses, associées ou dissociées, toutes les variétés d'anesthésie que nous avons décrites au niveau de l'enveloppe cutanée : abolition du contact, analgésie, thermoanesthésie, etc. De plus, un grand nombre de ces muqueuses étant elles-mêmes des organes spécialisés, il s'ensuit que nous devrons, à côté du stigmate sensitif proprement dit, chercher le *stigmate sensoriel.*

Il importe donc de connaître les particularités inhérentes aux troubles de sensibilité de chaque muqueuse, ce que nous allons faire en commençant par la *muqueuse buccale.*

La *sensibilité générale* de cette muqueuse est souvent atteinte, quelle que soit la disposition topographique que revête l'anesthésie cutanée. Briquet fait remarquer « que l'anesthésie des membranes muqueuses, nasale et buccale, se rencontre presque exclusivement dans les cas d'hémianesthésie : elle existe à peu près dans les deux tiers de ces cas ; quelquefois, elle existe isolément ». Suivant lui, elle serait donc, le plus souvent, hémilatérale.

Nous avons montré, pour notre part, que fréquemment, lorsqu'il existait uniquement de l'hémianesthésie, l'insensibilité de la muqueuse buccale pouvait être complète. Il

s'agissait de cas de spasme glosso-labié, dont nous parlerons ultérieurement.

D'une façon générale, tous les modes de sensibilité générale sont simultanément abolis. M. von Rabenau a noté que la sensibilité de contact pouvait être conservée. En somme, rien de bien particulier. Nous devons, toutefois, signaler les recherches de M. Lichtwitz sur la sensibilité au courant électrique de cette muqueuse et de celle du voile du palais, que nous comprenons dans notre description. Ses conclusions sont les suivantes, d'après l'étude de six cas :

« 1° La sensibilité galvanique est toujours diminuée, au moins légèrement, sur les parties anesthésiques de la langue et du voile du palais, mais elle n'est jamais abolie ;

« 2° Cette diminution de la sensibilité galvanique n'a aucun rapport avec celle des autres modes de sensibilité, ni chez les différents malades comparés entre eux, ni chez la même personne examinée seule ;

« 3° Dans les cas d'hémianesthésie cutanée, la sensibilité galvanique était plus diminuée du côté hémianesthésique du corps, même dans les cas où la muqueuse n'offrait pas de l'hémianesthésie aux autres modes de sensibilité ;

« 4° La salivation à l'excitation galvanique était souvent diminuée ou même abolie, tant à l'excitation unipolaire qu'à l'excitation bipolaire. Elle survenait le plus abondamment à la galvanisation du tiers postérieur de la langue, et parfois même avant toute autre sensation.

« Sur les deux tiers antérieurs, au contraire, la salivation se montrait avant ou après la sensation de brûlure et de picotement ; parfois elle faisait complètement défaut. La durée de l'excitation semblait influer sur l'apparition et l'abondance de la salivation. »

En ce qui regarde la *sensibilité faradique,* l'examen de trois malades a donné des résultats variables. Dans un cas, le courant faradique avait agi comme esthésiogène :

l'exploration à l'aide de ce procédé est donc assez difficile, et les recherches de M. Lichtwitz appartiennent bien plus à l'exploration pure qu'à l'investigation clinique.

La muqueuse buccale est le siège d'un sens spécial : le *goût*, dont les troubles sont particulièrement intéressants à étudier, car ils constituent un des stigmates sensoriels les plus fréquents de l'hystérie. Ce stigmate peut être isolé. Dans un cas d'un diagnostic très difficile, alors que l'œdème hystérique était à peine connu, nous avons vu M. Charcot s'appuyer sur l'obnubilation du goût à droite, pour rattacher à l'hystérie des troubles qui ne s'accompagnaient d'aucun autre phénomène (1) qu'on pût rapporter à la névrose. On ne manquera donc pas de rechercher, en matière d'hystérie, s'il existe des troubles de la sensibilité gustative.

On sait que le goût s'exerce par l'intermédiaire de la pointe de la langue, de sa face dorsale, principalement son tiers postérieur, peut-être au niveau des piliers antérieurs du voile du palais, et en certains points de l'isthme du gosier. Cliniquement, l'investigation portera surtout sur le tiers postérieur de la face dorsale de la langue.

Quatre substances fondamentales : sucrée, salée, acide, amère, peuvent être expérimentées. On se contentera, le plus souvent, d'une solution concentrée de sucre ou de sulfate de quinine, que l'on déposera alternativement sur les parties latérales du V lingual avec un pinceau. L'emploi des substances dissoutes est préférable à l'emploi des corps pulvérulents. Dans ce dernier cas, il faut, en effet, attendre un certain temps que les corps soient dissous pour que la sensation se produise, en vertu du vieil adage : *Corpora non agunt nisi soluta,* et l'on risque de prendre pour un retard de sensation un simple phénomène physico-chimique. Pendant l'exploration, on engagera le malade à garder la langue hors de la bouche, afin que le liquide

(1) Voy. Gilles de la Tourette et Dutil, *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* Obs. I, t. II, 1889, p. 266.

ne se répande pas sur toute la surface linguale, lorsqu'on veut rechercher si les troubles gustatifs sont hémilatéraux. Un signe de tête positif de la part du sujet indiquera le moment précis où la sensation a été perçue. On pourra de ce fait juger, en plus, s'il y a eu simplement retard dans la perception et s'il y a obnubilation simple, ou disparition complète du sens spécial.

Sur onze malades qu'il a examinés, M. Lichtwitz en a trouvé dix chez lesquels la sensibilité gustative était atteinte à divers degrés. Il a donc constaté, comme phénomène très fréquent, sinon constant, une diminution du champ gustatif, le tiers postérieur de la langue étant l'endroit où la sensation était abolie en dernier ressort; cela concorde avec les données physiologiques.

Mais le champ gustatif n'était pas toujours également diminué pour les quatre sensations fondamentales. Parfois même, le goût n'était aboli complètement que pour une seule sensation; pour les autres, le champ était simplement rétréci. D'autres fois, il existait une perversion pour certaines substances sapides : un malade goûtait le sel comme quelque chose d'amer; chez une autre, il existait constamment dans la bouche une sensation d'amertume.

Phénomène assez singulier : tout en constatant l'abolition partielle de la faculté gustative sur les parties normalement sensibles au goût, le même auteur a trouvé impressionnables certaines parties de la muqueuse buccale qui d'ordinaire, d'après la plupart des auteurs, ne le sont jamais, et d'après d'autres ne le sont que très rarement. C'est ainsi qu'une malade qui offrait une hémianesthésie nette de la sensibilité générale et spéciale de la muqueuse buccale, goûtait sur la voûte palatine et sur la muqueuse de la joue du côté sensible. Chez une autre, le bord gingival gauche de la voûte palatine percevait le goût du sel, et la muqueuse de la joue gauche les goûts acide et amer. Dans un troisième cas, la paroi postérieure du pharynx était le seul point où les goûts de sucre, de sel et de vinaigre fussent perçus.

Ce qui semble plus particulier et peu en rapport avec les données ordinaires de la clinique, c'est que, dans cinq cas d'hémianesthésie cutanée, M. Lichtwitz n'a trouvé qu'une fois de l'hémianesthésie nette du goût. (*Op. cit.*, p. 64.)

« Dans quelques cas, ajoute-t-il, l'anesthésie spéciale était liée à l'anesthésie générale, c'est-à-dire que le goût n'était aboli que sur les parties insensibles au contact et à la douleur; mais le plus souvent cette relation entre l'anesthésie spéciale et l'anesthésie générale n'existait pas. » (*Op. cit.*, p. 65.)

Henrot avait déjà observé des faits analogues. « J'ai vu plusieurs malades conserver intacts le goût et l'odorat, tandis qu'ils étaient complètement insensibles au contact des corps dans les fosses nasales, la bouche, l'isthme du gosier. Je n'ai pas vu la sensibilité générale conservée dans ces organes quand la sensibilité spéciale y était abolie. » (*Th. citée,* p. 9.) La dernière proposition d'Henrot est surtout parfaitement juste, mais nous ne saurions souscrire à l'opinion exprimée par M. Lichtwitz, ou tout au moins à la conclusion qu'il tire de cinq cas particuliers, à savoir que, le plus souvent, en ce qui regarde le goût, « la relation entre l'anesthésie spéciale et l'anesthésie générale n'existe pas ».

De l'examen d'un très grand nombre d'hystériques pratiqué par M. Charcot ou par nous-même, nous nous sommes formé, au contraire, l'opinion que, dans la très grande majorité des cas, l'anesthésie générale et spéciale se superposait, et cela, non seulement pour le goût, mais encore pour les autres sens.

Cette opinion même, nous ne craignons pas de la généraliser, et considérant la fonction quelle qu'elle soit, nous dirons que, dans l'hystérie, l'altération de la fonction ne marche que très rarement sans un trouble de sensibilité, anesthésie ou hyperesthésie. C'est un fait que nous aurons à mettre en lumière à propos des paralysies et des contractures. Les anesthésies ou les hyperesthésies en gigot, en

territoires délimités, se superposent exactement aux territoires fonctionnels frappés d'impotence, et nous avons montré que cette superposition est très exacte dans certains cas de contracture de muscles très spécialisés, tels que l'orbiculaire des paupières, produisant le blépharospasme, le sterno-cléido-mastoïdien, dont la contracture donne le torticolis, etc. Les faits de M. Lichtwitz sont indéniables, mais il est incontestable aussi que la série sur laquelle il est tombé ne saurait être considérée autrement que comme une exception confirmant une règle qui, pour nous, est une des lois les mieux établies de l'hystérie.

M. Lichtwitz est le seul auteur qui ait fait des recherches sur le *goût électrique* chez les hystériques. A ce titre, les conclusions auxquelles il est arrivé méritent d'être rapportées intégralement et sans discussion, tout au moins jusqu'à nouvel ordre.

« 1° Nous avons pu, dit-il, constater (à l'examen bipolaire), dans les six cas que nous avons examinés, une diminution ou une abolition du champ gustatif électrique ;

« 2° Le champ du goût électrique (examen bipolaire) de nos malades était, ou de même étendue, ou plus petit que leur champ gustatif pour les substances sapides ;

« 3° Il ne semblait pas exister de relation entre la sensibilité galvanique spéciale et la sensibilité galvanique générale de l'organe du goût. »

Les troubles de la sensibilité gustative, comme beaucoup d'autres troubles sensitifs ou sensoriels, veulent être cherchés chez les hystériques ; cependant certains sujets les accusent spontanément.

Ils se plaignent de ne « trouver de goût à rien » ; les aliments ont tous le goût de terre, de cendre, de plâtre, comparaisons ordinairement employées pour exprimer que le sens gustatif ne s'exerce plus. Ces malades sont des anesthésiques totaux, tout au moins en ce qui regarde la muqueuse linguale, dont on observe parfois l'anesthésie généralisée, alors que celle-ci est limitée sur la surface

cutanée. Parfois aussi, il n'est pas rare d'observer une hémianesthésie sensorielle très nette d'un côté, et de l'autre une hypoesthésie plus ou moins accentuée.

Ces phénomènes expliquent la propension qu'ont les hystériques de l'hôpital ou de la ville à faire usage d'une alimentation spéciale fortement épicée, salée, ou relevée très fortement avec les condiments les plus variés : piments, cornichons, moutarde, etc.

L'observation clinique nous montre aussi, mieux peut-être que les recherches purement objectives, que certaines saveurs sont plus particulièrement perçues, à l'exception des autres. Certains sujets font un abus immodéré du jus sucré des oignons crus. Mais ce sont surtout les substances acides qui paraissent avoir leur préférence : les citrons, les bonbons acidulés dits *anglais,* les pommes vertes sont toujours un régal fort recherché de la plupart des hystériques hémianesthésiques qui peuplent les salles de la Salpêtrière.

Certains auteurs, trop enclins, à notre avis, à faire des hystériques des êtres tout à fait à part au point de vue cérébral, ont vu dans ces perversions locales du goût de véritables perversions mentales. En dehors de l'interprétation physiologique qui veut que l'hystérie et ses manifestations soient dues, en effet, à des troubles de l'organe nerveux central, nous ne saurions souscrire à cette opinion, qui ferait rentrer ces sujets dans la classe des dégénérés, — pour employer le terme en faveur actuellement, — chez lesquels on observe des perversions gustatives qui les portent à se nourrir de terre, de charbon, d'aliments répugnants, etc. Chez ceux-ci, il n'existe pas de troubles sensitifs *locaux* permettant, comme chez les hystériques, d'interpréter rationnellement les phénomènes observés ; tout est purement psychique.

L'hystérie et la dégénérescence mentale peuvent s'associer ; certains hystériques peuvent être atteints de pica et de malacia ; mais ce n'est pas une raison pour ranger dans la même catégorie deux éléments nosologiques qui, pour

s'associer parfois, ainsi que l'enseigne M. Charcot, ne se confondent jamais.

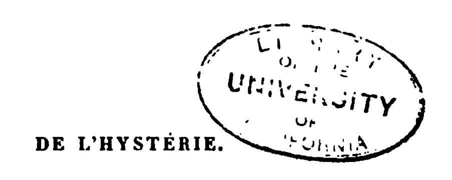
Un fait à noter, c'est que, même avec l'anesthésie totale de la muqueuse et la perte complète du goût, les réflexes sécrétoires ne paraissent pas altérés. « Quand l'anesthésie existe des deux côtés, dit Briquet, les aliments sont très mal sentis et leurs qualités sapides ne sont plus appréciées; les mouvements de déglutition se font en quelque sorte par habitude; néanmoins *les sécrétions de la bouche ne paraissent pas être modifiées.* »

M. Pitres, qui a repris ces recherches, est arrivé aux mêmes résultats; il a constaté que « les réflexes vasculaires et glandulaires persistent malgré l'anesthésie. L'application d'un corps irritant sur la langue insensible est suivie de la sécrétion d'une quantité notable de salive. » Cet état normal des réflexes sécrétoires existerait également pour les autres muqueuses sensorielles frappées d'anesthésie.

Les troubles du goût que nous venons de décrire ne sont pas absolument pathognomoniques de l'hystérie; M. Lichtwitz les a observés dans un cas de sclérose en plaques, un cas de saturnisme, un cas d'hémiplégie avec logoplégie, cas peut-être discutables au point de vue de l'association avec la névrose. Leur fréquence dans l'hystérie, à l'exclusion des autres maladies, est telle, qu'ils constituent un élément précieux pour le diagnostic.

En dehors des troubles sensoriels qui sont inhérents à la muqueuse buccale, la muqueuse qui tapisse le pharynx buccal et nasal se comporte comme cette dernière, au point de vue de l'anesthésie (1).

(1) Un phénomène que l'on n'a jamais, on ne sait pourquoi, songé à rechercher, est le suivant : Que devient le sens de position, ou, si l'on aime mieux, le *sens musculaire* de la langue, lorsque celle-ci est le siège d'anesthésie totale? Il est fort probable qu'il est aboli : peut-être son abolition entraîne-t-elle alors certains troubles dans l'articulation des mots. Nous le répétons, c'est là un fait à rechercher. (G. T.)



*
* *

L'anesthésie de la muqueuse laryngée mérite de nous arrêter quelques instants. On sait que Chairou avait fait de l'anesthésie de l'épiglotte un signe pathognomonique constant et précoce de l'hystérie. (*Op. cit.*, p. 12.)

« Comment découvre-t-on, dit-il, cette singulière insensibilité de l'épiglotte? La constatation en est des plus faciles. A un degré très léger, dès le début de la maladie, en l'absence de tout autre phénomène, en avançant le doigt sur la base de la langue, on pourra apprécier que l'épiglotte qui est relevée est absolument insensible. Vous pouvez la chatouiller avec une barbe de plume, un morceau de papier, une éponge, vous introduirez même votre doigt sur l'orifice supérieur du larynx, au point d'intercepter l'accès de l'air et de déterminer une asphyxie légère, il n'y aura pas d'effort de vomissement. Tout à fait au début de la maladie, la malade a bien, il est vrai, la sensation du toucher, du chaud et du froid; mais il y a toujours abolition à peu près complète de l'action réflexe. »

M. Lichtwitz a compulsé un grand nombre d'auteurs qui se sont occupés des déterminations sensitives sur le larynx des hystériques, et l'opinion qui se dégage de ses recherches se trouve parfaitement résumée dans les lignes suivantes, empruntées à notre maître, M. Gouguenheim (1) : « L'anesthésie laryngée manque chez un certain nombre d'hystériques, et, d'autre part, je l'ai rencontrée, rarement, il est vrai, chez des sujets ne présentant aucun symptôme plausible d'hystéricisme. »

Et M. Lichtwitz ajoute : « Sans vouloir aller aussi loin que M. Gottstein, qui prétend que l'anesthésie laryngée peut être physiologique, on peut dire qu'une simple diminution de la sensibilité et des réflexes de cette muqueuse peut encore être considérée comme normale, car on la

(1) *Des névroses du larynx*, Paris, 1883.

rencontre tous les jours chez des individus n'ayant ni hystérie, ni autre affection, si ce n'est parfois un catarrhe chronique des cordes vocales. »

Chairou disait : « Toute femme ayant une congestion dans un des deux ovaires et présentant cette anesthésie de l'épiglotte, est hystérique. » La deuxième proposition est aussi fausse que la première.

Il résulte donc que l'anesthésie laryngée est très variable comme fréquence dans l'hystérie. Thaon (1) estime à un sixième du total les hystériques chez lesquels existerait l'anesthésie de l'épiglotte. D'après le même auteur, « l'anesthésie hystérique peut gagner le larynx tout entier et être absolue ; généralement elle est bilatérale et elle ne se limite à aucun territoire nerveux bien précis ; ce caractère la distingue parfois suffisamment d'autres anesthésies qui s'étendent à un des nerfs laryngés supérieurs, telles que l'anesthésie diphthéritique ». Ce caractère de bilatéralité avait été également signalé par Lori, et M. Lichtwitz a pu écrire : « Jamais, dans nos cas d'hémianesthésie cutanée, nous n'avons pu trouver une hémianesthésie ou une hémihypoesthésie laryngée. »

Notons enfin qu'elle est souvent associée à une paralysie des cordes vocales, ainsi que l'a montré Gerhardt (2). Enfin, Schnitzler (3) rapporte un cas d'anesthésie de tout le larynx avec douleurs spontanées (*anesthæsia dolorosa*).



M. Lichtwitz a étudié les troubles de sensibilité de la *muqueuse des fosses nasales*, et il est arrivé à des conclusions intéressantes, à savoir, que « la muqueuse nasale est peut-

(1) *L'hystérie et le larynx : Annales des maladies de l'oreille*, t. VII, 1881, p. 30-41.

(2) *Ueber hysterische Stimbandlähmung : Deutsche medic. Wochenschrift*, n° 4, 26 janvier 1878.

(3) *Ueber Sensibilitätsstörungen der Kehlkopfes : Wiener medic. Presse*, n°s 46 et 48, 16 et 30 novembre 1873.

être, de toutes les muqueuses, la moins atteinte d'anesthésie ».

Dans les cas d'hémianesthésie cutanée qu'il a observés, par exemple, cette muqueuse, tout en suivant en partie cette hémianesthésie, n'était pourtant jamais totalement hémianesthésique. La cloison gardait toujours sa sensibilité intacte, sauf dans sa partie antérieure et inférieure, qui était parfois plus ou moins anesthésique. Le plancher et le cornet inférieur, et plus souvent encore le cornet moyen, offraient aussi, dans leurs parties postérieures, des points sensibles. Ces points coïncidaient ordinairement avec des zones spasmogènes. Mêmes remarques à faire pour l'analgésie et les divers autres modes de sensibilité, au cas où l'anesthésie ne se présenterait plus sous une forme hémilatérale. Il exprime le regret de ne pas avoir eu à sa disposition de malade anesthésique total.

Ces conclusions sont en opposition avec l'opinion de Briquet, généralement admise d'ailleurs, et qu'il exprime en ces termes : « On peut piquer avec une épingle le pourtour de l'orifice antérieur de la fosse nasale et toutes les parties de cette cavité qui sont accessibles aux instruments, sans que la malade en ait conscience. »

Comme il a noté dans les fosses nasales, très fréquemment aussi, la présence de zones spasmogènes ou hyperesthésiques, M. Lichtwitz se demande si quelques doutes contradictoires ne pourraient pas être émis sur la sensibilité partielle constatée par lui de la fosse nasale, dont les téguments sont porteurs de l'hémianesthésie, par exemple.

« On pourrait objecter, dit-il, qu'il ne s'agissait peut-être pas, sur ces points, d'une sensibilité proprement dite, mais de la sensibilité que donne l'attouchement d'une zone spasmogène, et que, par conséquent, le fait sur lequel nous insistons tant n'est pas prouvé, à savoir, que la fosse nasale du côté hémianesthésique soit jamais totalement anesthésique.

« Or, nous avons pu nous convaincre que les malades distinguaient très bien la sensation de contact de celle de

l'aura, qui parfois ne se montrait qu'après des attouchements réitérés et plus forts. De plus, chez quelques-uns de ces malades, à d'autres époques, les mêmes parties étaient sensibles au contact et n'étaient pas le siège de zones spasmogènes. »

Bien que M. Lichtwitz n'ait jamais trouvé la muqueuse nasale complètement anesthésique, elle ne saurait être exemptée de cette loi commune, qui veut, comme l'enseigne M. Charcot, que les muqueuses participent à l'anesthésie du côté hémianesthésique, et que les troubles sensoriels se superposent, en général, aux troubles sensitifs.

En ce qui regarde la sensibilité spéciale dévolue à la membrane de Schneider, M. Lichtwitz, après avoir constaté que le sens de l'odorat est un de ceux qui ont été le moins étudiés, a noté les phénomènes suivants :

Sur onze malades, il a trouvé quatre fois de l'anosmie unilatérale, une fois de l'anosmie totale, une fois une anesthésie olfactive bilatérale pour certaines odeurs seulement, et une fois, enfin, une diminution de l'odorat prononcée surtout pour la narine gauche. Plusieurs malades, tout en sentant quelque chose, ne trouvaient à l'assa fœtida aucune odeur désagréable ; un autre offrait de l'hyperesthésie pour toutes les odeurs expérimentées.

« Comme l'insensibilité atteint le plus souvent une narine, dit Briquet, les malades ne s'aperçoivent souvent pas de cette perte de la sensibilité ; elles disent seulement qu'elles ont peu d'odorat. » Il note encore que « cette anesthésie ne paraît pas modifier sensiblement la sécrétion du mucus nasal ».



L'étude de l'anesthésie des téguments cutanés ou muqueux qui tapissent l'organe de l'ouïe est des plus importantes, car elle comprend avec elle celle de la *surdité hystérique* qui a été récemment l'objet de plusieurs travaux fort intéressants. Cette importance ressortira encore mieux

de ce fait clinique que, le plus souvent, les cas de surdité d'origine organique sont rebelles à tout traitement, alors que la surdité hystérique peut disparaître aussi vite qu'elle est apparue. L'intérêt du diagnostic différentiel est donc considérable. Les auteurs qui se sont particulièrement occupés des troubles sensitivo-sensoriels dans l'hystérie, Henrot, Szokalsky par exemple, n'ont pas manqué de noter les diverses modifications qui pouvaient exister du côté de l'ouïe. Szokalsky même a montré que les sensations auditives pouvaient être perverties. Il a traité une pianiste qui percevait les sons d'une façon particulière. Un piano accordé d'après son oreille donnait des dissonances très marquées.

Mais, avant de nous occuper des phénomènes sensoriels, étudions les modifications de sensibilité qui se passent du côté des téguments cutanés et muqueux, la peau qui recouvre le pavillon de l'oreille devant être comprise dans notre description, car elle appartient à la fonction auditive.

Briquet, observant la surdité hystérique, a écrit (p. 205) : « Le plus ordinairement, la peau du pavillon de l'oreille, de la conque et du conduit auditif externe est anesthésiée, et ne perçoit ni la sensation des piqûres, ni celle du contact des corps. »

En 1882, M. Ch. Féré (1), étudiant, dans le service de M. Charcot, les rapports entre l'anesthésie cutanée et muqueuse et les troubles sensoriels, concluait à leur superposition. « Il y a, — et nous avons dit que nous partagions cette opinion, — dans l'hémianesthésie hystérique un rapport constant entre l'insensibilité cutanée et l'insensibilité sensorielle. Et ce rapport constant existe, non seulement lorsque l'anesthésie est étendue à toute la moitié du corps, mais encore lorsqu'elle est plus ou moins limitée... Sur plusieurs hystériques hémianesthésiques que nous avons examinées à ce point de vue, nous avons

(1) *Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie : Archives de neurologie*, t. III, 1882, p. 283.

pu constater que, lorsque l'ouïe est plus ou moins intacte, la sensibilité générale du conduit auditif (qu'il ne faut pas confondre avec celle de la membrane tympanique) est également conservée, ou inversement. Ces faits semblent indiquer qu'il existe, dans des régions indéterminées de l'encéphale, des centres sensitifs communs aux organes des sens et aux téguments qui les recouvrent. »

En 1883, M. Walton (1) a continué ces recherches dans le service de notre maître, et a étudié la sensibilité de la membrane du tympan; il a même donné quelques détails sur la sensibilité de l'oreille moyenne à l'air insufflé. Ses investigations, qui ont porté sur treize hystériques, l'ont conduit à admettre très nettement la superposition des troubles sensitifs et sensoriels; elles peuvent être résumées ainsi qu'il suit : « 1° Dans l'hémianesthésie complète, il existe de la surdité unilatérale complète, et les diapasons placés sur le front ou sur les dents ne sont perçus que par le côté sain. En même temps, on trouve une anesthésie complète du tympan.

« 2° Dans les cas d'hémianesthésie incomplète (ordinairement analgésie avec thermoanesthésie et hypoesthésie au contact), la surdité est aussi incomplète. On constate une diminution pour les sons transmis par voie aérienne et une diminution ou une abolition des sons transmis par voie crânienne. Les diapasons placés sur le front ou sur les dents sont mieux perçus ou le sont exclusivement par l'oreille saine. Il existe, en même temps, de l'analgésie du tympan.

« 3° Dans les cas d'anesthésie plus ou moins complète des deux côtés du corps, le degré de la surdité correspond au degré de l'anesthésie cutanée.

« Un trait commun à tous ces cas consiste en ce que la surdité pour les sons crâniens dépasse celle pour les sons aériens. »

Avant d'aller plus loin, disons comment on peut s'assu-

(1) *Deafness in hysterical hemianæsthesia. Brain*, vol. I, p. 458-472, 1883.

rer de ces différences de transmission à l'aide de l'*expérience de Rinne*, du nom de l'auteur qui a fait connaître le signe que nous allons décrire.

Chez le sujet en observation on met un diapason vibrant en contact avec l'apophyse mastoïde ; les os transmettant les vibrations à l'appareil central de l'audition, les sons sont perçus si le sujet n'est pas absolument sourd. Après quelques instants, les vibrations s'affaiblissent et le sujet n'entend plus rien. A ce moment précis, on porte, sans l'amorcer à nouveau, le diapason devant l'ouverture du conduit auditif externe. Or, chez les sujets sains et aussi chez ceux où la surdité est d'origine centrale et non due à un défaut dans l'appareil de transmission, le son est perçu à nouveau, ce qui n'existe pas chez les individus dont la surdité est due à une lésion de l'appareil collecteur ou transmetteur du son. Chez ceux-ci, les vibrations du diapason appliqué sur l'apophyse mastoïde sont perçues plus longtemps que chez les premiers. En d'autres termes, les vibrations aériennes sont perçues plus longtemps que les vibrations crâniennes dans les cas de surdité d'origine centrale ; les mêmes vibrations sont perçues plus longtemps par voie crânienne que par voie aérienne dans les cas où l'acuité auditive est due à un défaut de transmission des ondes sonores dans l'oreille externe ou dans l'oreille moyenne. Le premier résultat est dit *positif* ; le second, *négatif*. Or, dans la surdité hystérique, c'est le *Rinne positif* qu'on observe, ce qui signifierait que l'obstacle à la perception est central (1).

Il va sans dire qu'en clinique, ce n'est pas par l'expérience de Rinne qu'on commencera les investigations ; en plaçant une montre à une certaine distance du pavillon, et en la portant comparativement du côté opposé, on se rendra rapidement et suffisamment compte de l'acuité auditive. On constatera, le plus souvent, ce fait, que l'ouïe

(1) Dans une note adressée à M. Pitres (*op. cit.*, p. 49), M. Moure, otologiste de Bordeaux, conteste la valeur intégrale de la signification du Rinne positif et négatif.

est ordinairement obnubilée et parfois abolie du côté hémianesthésique. Il faudra, en outre, rechercher si l'*orientation auditive,* qui est le *sens musculaire* de l'ouïe, persiste; on constatera qu'elle disparaît le plus souvent du côté où il existe de l'anesthésie sensitive et sensorielle, et des deux côtés naturellement, lorsque la surdité est complète. Nous allons voir, toutefois, qu'il peut exister parmi tous ces phénomènes *objectifs* des dissociations dont la connaissance permettra d'éviter bien des erreurs.

La surdité hystérique peut être complète ou incomplète. Fréquemment même, lorsque l'acuité auditive est abolie totalement d'un côté, les malades ne songent pas à se plaindre de leur infirmité. Ils ne ressemblent guère aux sourds d'une oreille par lésion de l'appareil transmetteur qui, comme on le sait, se placent toujours de façon à mettre le côté sain à même de recevoir les impressions auditives. Certainement, ainsi que nous avons pu le vérifier quelquefois, il se passe, au point de vue de l'ouïe, chez les hystériques, un phénomène bien connu dans le domaine des yeux : l'oreille affectée recouvre une partie de ses fonctions dans l'audition biauriculaire. Dans la surdité hystérique la conservation des réflexes biauriculaires serait aussi constante que caractéristique pour M. Gellé (1).

Briquet a noté des sensations subjectives du côté où l'ouïe est obnubilée ou fait complètement défaut. (*Op. cit.,* p. 295.) « Les malades, dit-il, éprouvent d'abord, du côté anesthésié, un bourdonnement et une sorte de sifflement continuel qui les fatiguent beaucoup. Quelques-unes d'entre elles éprouvent dans l'oreille moyenne une sorte de tension douloureuse; puis l'ouïe devient dure, les malades entendent mal quand on parle à voix un peu élevée... »

Desbrosse (2), Rosenthal (3) notent également l'existence de ces phénomènes subjectifs.

(1) Clinique otologique annexe de la Salpêtrière (statistique de 1890). *Progr. méd.,* n° 38, 19 septembre 1891.

(2) *De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique.* Thèse de Paris, 1876, p. 42.

(3) *Traité clinique des maladies du système nerveux.* Trad. fr., Paris, 1878, p. 473.

« La perte de l'ouïe, écrit Desbrosse, est quelquefois précédée d'une délicatesse de ce sens, ainsi que nous l'avons observé chez un de nos malades. La surdité qu'on observe dans ce cas a beaucoup d'analogie avec celle que produit l'ingestion d'une très grande quantité de sulfate de quinine. Elle s'accompagne de bourdonnements, de sifflements dans les oreilles, persistants et très pénibles. »

Ces sensations existent parfois en effet, mais nous croyons qu'elles peuvent avoir aussi une marche et une signification différente de celle qui leur est attribuée par les précédents auteurs.

Elles sont, en effet, un des phénomènes les plus constants de l'aura hystérique, siègent souvent des deux côtés et parfois d'un seul, qu'il y ait ou non anesthésie cutanée locale, comme dans les cas où celle-ci est répartie géométriquement.

Parfois les bourdonnements s'exagèrent, au point de revêtir le caractère de sifflements stridents rappelant ceux du vertige de Ménière. Qu'il survienne alors une attaque avec phénomènes vertigineux, et le diagnostic pourra devenir difficile à poser. Il est probable que, dans ces cas, le conduit auditif ou l'oreille sont le siège d'une zone hystérogène ; nous en reparlerons.

Il est fort rare que la surdité hystérique soit bilatérale et absolue. Il en existe cependant quelques cas. Parfois, au sortir d'une violente attaque convulsive, le sujet se trouve complètement sourd, comme il peut être amaurotique; mais, généralement, les phénomènes survenus dans ces conditions sont de peu de durée.

Cependant, à ce dernier point de vue, il n'en est pas toujours ainsi, et M. Habermann a rapporté deux cas de surdité hystérique observés à la clinique de M. Zaufal (1), qui méritent d'être analysés, pour montrer combien peuvent être grandes les difficultés du diagnostic.

Le premier concerne un étudiant de quinze ans qui fut

(1) *Casuistische Mittheilungen aus der Klinick für Ohrenkrank. der Prof. Zaufal. Prager med. Wochensch.,* nos 22, 23, 24, juin 1880.

pris de surdité avec vertige, sans bruit subjectif et sans douleur. L'examen de l'audition montra, d'abord, que la perception de la voix haute était abolie à droite et seulement conservée pour quelques mots à gauche, tandis que la percussion crânienne à l'acoumètre de Politzer était conservée des deux côtés. Le diapason « vertex » était mieux entendu à gauche. Plus tard, la surdité devint complète, tant pour la perception crânienne que pour la perception aérienne, et les accès de vertige augmentèrent d'intensité. Il existait concurremment un ensemble de phénomènes : amblyopie allant jusqu'à l'amaurose, hyperesthésie de l'odorat et anesthésie totale de la moitié droite avec hypoesthésie de la moitié gauche du corps, qui rendaient l'hystérie indéniable.

Le degré de la surdité se modifia fréquemment. L'application de pièces d'or autour d'une oreille augmentait son acuité auditive et diminuait celle du côté opposé. Lorsqu'on enlevait les pièces d'or, l'oreille où elles avaient été placées restait améliorée pendant quelque temps; l'oreille du côté opposé revenait immédiatement à son état antérieur. Grâce à ces applications métalliques répétées, et peut-être aussi à l'administration du chlorure d'or à l'intérieur, le malade guérit subitement d'une surdité qui avait duré plus de six mois.

Nous avons rapporté les traits principaux de cette observation, pour montrer que les signes positif ou négatif de Rinne n'ont pas toujours une importance décisive dans la surdité hystérique, puisque, dans ce cas particulier, perception crânienne et perception aérienne étaient également abolies. La marche et les modifications successives de la surdité sont également à considérer.

Le deuxième cas de M. Habermann n'est pas moins intéressant, car la surdité hystérique ayant débuté après une otite moyenne catarrhale aiguë, on eût pu singulièrement hésiter au point de vue du diagnostic (1). L'auteur

(1) Dans un cas de M. Gellé, la surdité chez une hystérique était liée à

a observé que le rapport de l'acuité auditive pour la voix chuchotée et pour la voix haute, qui est ordinairement de 1 : 10, était chez ses deux malades, à certaines époques, de 1 : 2. Ces inversions des rapports qui existent normalement pour le tic tac de la montre, la voix parlée, la voix chuchotée, se montrent assez fréquemment dans les observations de surdité hystérique, sans qu'on puisse d'ailleurs en donner l'interprétation. C'est ainsi, par exemple, que dans la quatrième observation de M. Lichtwitz (p. 139), on lit : « L'ouïe est *très légèrement* diminuée des *deux* côtés », et plus loin : « L'oreille droite est sourde pour les sons *les plus aigus* du sifflet de Galton ; l'oreille gauche les entend, l'orientation auditive est normale. »

Ainsi, une malade qui entend bien de l'oreille droite lorsqu'on lui parle, n'entend plus lorsqu'on fait agir un sifflet puissant. Ce sont là des phénomènes intéressants à plusieurs titres. Il est évident, ainsi que le fait remarquer M. Ozeretzkowsky (1), qu'il importe d'être prévenu de ces faits, qui pourraient devenir des sujets de contestation en matière médico-légale.

Il y aurait bien d'autres particularités à signaler dans la surdité hystérique, car ses allures cliniques sont fort variées. Elle peut s'allier à d'autres manifestations hystériques, au mutisme, par exemple, et simuler la *surdi-mutité* (2). Fulton (3) rapporte l'histoire détaillée d'une hystérique atteinte de surdité et d'amaurose s'améliorant et s'aggra-

une altération organique du tympan, ce qui montre combien l'examen de l'appareil auditif est important pour le diagnostic différentiel. (G. T.)

(1) OZERETZKOWSKY, *Matériaux pour l'étude de la surdité hystérique*, in *Ensemble des travaux de neurologie et de psychiatrie*, dédié à M. le professeur KOJNWIKOFF par ses élèves, à l'occasion de son jubilé de vingt-cinq années de professorat. Moscou, mai 1890. — Nous devons la traduction de ce mémoire à l'obligeance de Mme Thuriakoff, élève de la Clinique. (G. T.)

(2) RIZU, *Surdi-mutité hystérique chez l'homme succédant à des attaques de périodicité annuelle. — Bulletin de la Société des médecins et naturalistes de Jassy*, 1887. A la suite d'une de ces attaques, les phénomènes de surdi-mutité se prolongèrent pendant quatre mois. (G. T.)

(3) *Ein Fall von hysterischer Taubheit mit Bemerkungen. Zeitschs. f. Ohrenheil k.*, Bd XV, 1886, p. 307-310.

vant d'un jour à l'autre, chez laquelle il n'existait pas de troubles de sensibilité, ce qui, comme nous le savons, est contraire à ce que l'on voit d'ordinaire. Par contre, l'affaiblissement de la perception crânienne était plus prononcé que celui de la perception aérienne. Enfin, chaque attaque de diminution de l'acuité auditive était précédée d'hyperesthésie du nerf acoustique. Nous verrons bientôt que l'hyperesthésie et l'anesthésie ont absolument, en matière d'hystérie, la même signification, et que l'hyperesthésie se superpose toujours, elle aussi, à une diminution de fonction de l'organe qui en est le siège.



En dehors des muqueuses qui tapissent les organes des sens, il est encore un certain nombre de ces membranes acccessibles à l'investigation, bien qu'en général celle-ci soit difficile et souvent fort délicate. Nous avons nommé les muqueuses qui tapissent l'extrémité inférieure du tube digestif et les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Briquet est l'auteur qui nous donne le plus de renseignements sur l'anesthésie qu'elles peuvent présenter. (*Op. cit.*, p. 289-291.)

« L'anesthésie de la muqueuse qui tapisse l'anus est fort rare, dit-il; je n'en connais qu'un petit nombre d'exemples, et, dans plusieurs d'entre eux, la peau des parties voisines était elle-même anesthésiée.

« Il en est de même de celle des muqueuses des voies urinaires.

« L'anesthésie frappe plus fréquemment la membrane muqueuse des voies génitales que les deux membranes précédentes; elle peut s'étendre à la face interne des grandes lèvres, des petites lèvres, et à tout le pourtour du vagin, jusqu'au col de l'utérus. Le clitoris lui-même peut être anesthésié, mais il n'est ordinairement atteint que le dernier; chez quelques malades, on le voit conserver toute sa sensibilité au milieu de parties complètement

insensibles. Quoique anesthésié, il peut, sous l'influence de la titillation, conserver, comme le mamelon, la faculté d'entrer en érection.

« Chez l'homme, la membrane muqueuse du prépuce peut être atteinte d'anesthésie, le gland conservant encore toute sa sensibilité. »

Pour Briquet, l'anesthésie des muqueuses qui tapissent l'extrémité inférieure de l'intestin et les organes génito-urinaires serait moins fréquente que celle des muqueuses qui tapissent le segment supérieur du corps. Elle paraît toujours, à l'instar de l'anesthésie des autres muqueuses, consécutive à celle de la peau, dont elle ne semble être que l'extension. Comme pour les autres muqueuses, elle est en rapport avec l'anesthésie cutanée dans sa distribution; elle est dimidiée, lorsqu'il existe de l'hémianesthésie.

« Au vagin, il arrive souvent que l'un des côtés est seul anesthésié. Aux voies urinaires et à l'anus, il est difficile de déterminer si l'anesthésie est latérale ou générale. »

Les troubles sensitifs se révèlent par l'ensemble des phénomènes suivants : « Au canal urinaire, le contact des urines n'est pas perçu, et les malades ne sentent pas quand elles ont fini d'uriner.

« A la vessie, le contact de l'urine n'étant plus senti, il n'y a plus de besoin d'uriner; ce liquide séjournant dans la vessie s'altère, et bientôt naît la véritable rétention d'urine; le contact de la sonde contre les parois vésicales n'est plus senti.

« Il en est de même pour la muqueuse du rectum; les malades ne distinguent plus le passage des fèces, et, lors de la diarrhée, les matières s'échappent sans qu'ils en aient conscience.

« Aux parties génitales, que l'anesthésie soit générale ou qu'elle existe seulement d'un côté, les malades sont, ou complètement indifférentes, ou même insensibles à l'action du coït; chez la plupart d'entre elles, le sens génital n'existe pas; le clitoris titillé entre en érection sans que la malade le sente. Plusieurs femmes ont perdu jusqu'au sens du

toucher. Ainsi, j'ai vu une jeune femme qui ne sentait même pas les approches conjugales. »

Nous verrons que la pathogénie de la rétention d'urine chez les hystériques n'est pas toujours aussi simple que semble l'indiquer Briquet, et qu'elle est bien souvent sous la dépendance d'une paralysie ou d'une contracture du sphincter.

En ce qui regarde l'écoulement involontaire de matières diarrhéiques chez les hystériques dont la muqueuse rectale est anesthésique, c'est évidemment là un phénomène rare, nous n'en connaissons pas d'observations pour notre part; par contre, nous serions volontiers tenté d'interpréter de cette façon la constipation qu'on observe si fréquemment chez les mêmes sujets, quand elle n'est pas liée à un spasme du sphincter anal, ainsi que Fouquet en rapporte une observation (1). D'ailleurs, la constipation a été aussi notée par Briquet. « Il est également constaté que l'anesthésie des muqueuses des parties inférieures se rencontre habituellement dans les cas où l'hystérie se portant sur les organes abdominaux, il y a tout à la fois tympanite douloureuse, rétention d'urine et constipation. »



Quelles sont les causes, l'évolution et la signification pathogénique des anesthésies hystériques? Telles sont les questions que nous devons désormais essayer de résoudre.

Nous serons très bref en ce qui concerne l'étude des causes; elle rentre dans ce que nous avons dit de l'étiologie générale et des agents provocateurs de l'hystérie.

Il faut cependant établir quelques distinctions pour ce qui regarde, en particulier, la disposition topographique des anesthésies. Il ne semble pas douteux, en effet, que les perturbations générales imprimées à l'organisme, resté ou non jusque-là indemne de la névrose, influencent spécia-

(1) *Étude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique*. Thèse de Paris, 1888, p. 34, Obs. 5.

lement l'apparition des anesthésies cutanées et sensorielles très étendues, totales, en îlots ou le plus souvent dimidiées. Nous avons, sous ce rapport, signalé l'importance des attaques.

Il est encore certain que les traumatismes locaux ont une action directe sur la production des anesthésies cutanées géométriques, en manchon ou en gigot. M. Charcot cite l'exemple d'une femme qui, après avoir donné un soufflet à son enfant, eut aussitôt après une paralysie hystérique de la main avec anesthésie superposée. Nous avons signalé les anesthésies en gigot se superposant aux monoplégies brachiales survenant après un traumatisme de l'épaule. Dans un autre cas, l'anesthésie qui envahissait les membres inférieurs frappés de paraplégie, se limitait exactement par une ligne circulaire qui représentait le passage supposé des roues d'une voiture qui avait renversé l'individu (1). L'interprétation de ces faits est évidemment complexe, et, dans ces cas, la disposition topographique de l'anesthésie semble être secondaire à la paralysie, qui jouerait le rôle capital dans sa délimitation.

Il s'agirait de savoir surtout, dans la circonstance, quelle a été la première en date d'apparition de l'anesthésie ou de la paralysie. C'est un point que nous étudierons en traitant des paralysies et des contractures hystériques; ce que nous notons dès maintenant, sans crainte de redites ultérieures, c'est que, dans ces cas particuliers, bien souvent l'anesthésie persiste encore après la guérison de la paralysie. La constatation seule de la persistance de l'anesthésie montre qu'il faut être réservé au point de vue du pronostic, la paralysie pouvant faire un retour offensif, tant que les troubles de sensibilité n'ont pas disparu.

En ce qui regarde les *muqueuses*, et particulièrement celles qui recouvrent les organes des sens, si, dans la majorité des cas, l'anesthésie survient en dehors de toute

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 441.

cause appréciable, il n'en est pas moins vrai que, dans un nombre de faits fort respectable, on peut en élucider la pathogénie. Dans tous, le traumatisme peut intervenir encore, soit direct, soit indirect. Nous nous expliquons : dans le chapitre consacré aux troubles oculaires, nous verrons, par exemple, le traumatisme direct — un coup de poing, un coup de fouet — donner naissance à une amblyopie ; à côté de ces cas, nous observerons encore qu'une conjonctivite légère, banale, déterminera chez un sujet hystérique l'apparition d'un blépharospasme intense.

Ce que nous disons pour l'œil, nous pouvons le répéter, surtout en ce qui regarde les traumatismes indirects, pour les fosses nasales et pour l'oreille, et aussi pour le larynx, où les inflammations jouent un rôle provocateur considérable dans la pathogénie de l'aphonie hystérique.

Pour les fosses nasales, nous noterons, au chapitre des zones hystérogènes, que M. Lichtwitz a observé, dans six cas où il existait des troubles de sensibilité, six fois des lésions anatomiques inflammatoires.

Le même auteur a noté l'influence des lésions locales : otite externe, perforation du tympan, troubles trophiques sous forme d'écoulement sanguin, dans la production de la surdité hystérique.

Sous ce rapport, le cas de Wurdermann (1) est fort intéressant. Une jeune fille atteinte de syphilis héréditaire, présentant la triade d'Hutchinson, vint le consulter pour une otite suppurée. L'otite guérit, mais la surdité persista, s'accompagnant d'anesthésie du conduit auditif externe. De plus, il existait de l'hypoesthésie particulièrement marquée aux membres supérieurs et inférieurs ; le traitement électrique par les courants continus amena la guérison.

Dans un cas de Freund et Kayser (2) typique au point

(1) WURDERMANN, *A case of hysterical deafness : Medical News*, 14 février 1891, p. 186.

(2) S. FREUND et KAYSER, *Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalieen. : Deuts. Medic. Wochens.*, 30 juillet 1891, n° 31, p. 949.

de vue de l'hystérie (rétrécissement concentrique du champ visuel, dyschromatopsie, troubles de l'odorat et du goût, anesthésie cutanée, etc.), la surdité, absolue pour l'oreille gauche, incomplète à droite, présentant, dit Kayser (médecin auriste), la plus frappante analogie avec les troubles de l'ouïe chez les hystériques, se développa subitement, chez un garçon de bains âgé de quarante-cinq ans, à la suite d'un coup de foudre qui ne l'atteignit pas, du reste. Nous citons ce fait comme un exemple de traumatisme général, ayant agi pour réveiller la diathèse hystérique.

Nous pourrions rapporter d'autres exemples. Nous noterons toutefois que ces causes locales semblent faire complètement défaut dans la génèse des troubles gustatifs. La muqueuse buccale reste intacte, et rien ne peut faire supposer qu'une cause spéciale ait présidé à la localisation de cette anesthésie.

L'influence de toutes ces causes se borne, du reste, à localiser les déterminations sensitives d'un fonds commun de la névrose qui, sans sollicitation apparente, saura bien, un jour ou l'autre, se manifester.



Mais nous désirons nous placer à un point de vue plus général. Les modes de début des anesthésies hystériques sont variables, et il est souvent difficile de préciser l'époque d'apparition des troubles de sensibilité, par ce fait même que les malades ignorent très fréquemment qu'ils en sont porteurs au moment où on les examine. Parfois cependant il a existé quelques sensations subjectives de fourmillements, de picotements, d'élancements douloureux, d'engourdissements, qui fourniront de précieux renseignements dans l'espèce.

On peut admettre, en somme, un début brusque et un début graduel, sans qu'il soit possible de préciser très exactement la date d'apparition subite ou d'extension pro-

gressive de l'anesthésie, pour les raisons que nous avons indiquées.

L'anesthésie peut remplacer l'hyperesthésie et *vice versa*, ce qui prouve surabondamment que ce sont là deux phénomènes du même ordre. « Quelquefois, dit Briquet (*op. cit.*, p. 273), l'anesthésie naît à la suite d'une hyperesthésie assez prononcée de l'une des parties du corps. Ainsi, on voit, de temps en temps, la peau qui recouvre les muscles hyperesthésiés être elle-même frappée d'anesthésie. J'ai vu, dans trois cas, l'hyperesthésie d'une partie très étendue de la peau se dissiper graduellement et laisser à sa suite une anesthésie de cette enveloppe du corps. Il n'est pas douteux que, dans plusieurs cas, l'anesthésie des organes des sens n'ait été précédée d'une hyperesthésie plus ou moins forte de ces mêmes organes. »

Mais si les renseignements sont incomplets en ce qui regarde le mode d'apparition des anesthésies hystériques, on est beaucoup mieux fixé, par exemple, sur leur évolution ultérieure.

L'anesthésie, sous quelque forme qu'elle se présente et particulièrement sous sa forme hémianesthésique sensitivo-sensorielle, est un des stigmates les plus fixes de l'hystérie.

« L'hémianesthésie, dit M. Charcot (1), est, dans la clinique de l'hystérie, un symptôme d'autant plus important qu'il est à peu près permanent. Les seules variations qu'il présente sont relatives au degré, à l'intensité des phénomènes qui le composent et quelquefois aussi, nous devons le dire, à la fluctuation de quelques-uns d'entre eux. »

Les recherches ultérieures (la leçon date de 1872) n'ont fait que confirmer cette fixité des stigmates sensitifs, et surtout celle de l'hémianesthésie. M. Charcot a coutume de montrer à ses auditeurs une vieille pensionnaire de la Salpêtrière, Aurel..., qu'il connaît depuis plus de trente ans et qui, âgée de soixante-quinze ans, alors que tous les autres

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 305.

phénomènes de l'hystérie se sont éteints, garde encore une hémianesthésie sensitivo-sensorielle aussi accentuée que possible. Il en était de même d'une autre de ses malades bien connue, la nommée Ler..., morte il y a quelques années, encore porteuse d'une hémianesthésie de plus de quarante ans de date, que l'autopsie ne permit en aucune façon d'interpréter.

Nous insistons sur ces faits d'hémianesthésie chez les vieillards parce que, dans un travail récent sur l'hystérie sénile, M. de Fleury (1) a écrit : « *Sensibilité générale.* — Hémianesthésie, *jamais;* plaques d'anesthésie, rares, douteuses même. » On voit, par les faits eux-mêmes, que nous ne saurions partager son opinion.

Ceci nous amène à dire quelques mots sur les anesthésies sensitivo-sensorielles aux divers âges. M. Charcot enseigne qu'elles appartiennent surtout à l'hystérie des adultes, hommes et femmes; chez l'homme, en particulier, elles ne paraissent presque jamais faire défaut, quelque forme qu'elles présentent.

Chez le vieillard, l'hystérie s'éteint généralement et sommeille; les troubles sensitifs peuvent exister cependant alors que l'hystérie semble morte, et aussi les troubles sensoriels qui, comme nous le savons, marchent presque toujours de pair avec eux. Ler... et Aurel... étaient porteuses d'un double rétrécissement du champ visuel.

Par contre, chez les enfants, les troubles sensitifs sont beaucoup plus rares que chez les adultes. Ils peuvent exister, mais toujours peu étendus; on pourrait même dire qu'ils sont l'exception. Quelques troubles du goût, de l'audition, un léger rétrécissement du champ visuel, phénomènes qui veulent être soigneusement recherchés, forment le plus souvent, à cet âge, le *bilan de l'anesthésie,* que nous n'avons pas vue exister sous sa forme dimidiée, bien qu'on puisse évidemment la rencontrer sous cet aspect. Notons, par contre, qu'on observe assez souvent,

(1) *Contribution à l'étude de l'hystérie sénile.* Thèse de Bordeaux, 1890, p. 36.

par exemple, certaines formes d'hyperesthésie liées aux contractures, à la coxalgie, phénomènes déjà plus complexes que les anesthésies isolées, et aussi des plaques hyperesthésiques ou hystérogènes. Nous reviendrons sur ces faits.

Nous pourrions peut-être donner une interprétation de cette faible proportion des anesthésies chez l'enfant. M. Charcot enseigne que l'hystérie infantile est, en général, peu grave, au point de vue de son évolution ultérieure. Elle peut être très bruyante, mais elle est susceptible, dans un très grand nombre de cas, de guérison absolue. « C'est l'âge, dit-il, auquel il faut avoir l'hystérie, si on veut s'en débarrasser. »

Or, par contre, s'il est un âge où l'hystérie est tenace, c'est bien pendant l'âge adulte. Nous avons vu combien alors l'anesthésie est fréquente et, parmi les troubles de sensibilité, la signification qu'acquérait tout particulièrement l'hémianesthésie au point de vue de cette ténacité même. En s'appuyant sur la gravité de l'hystérie chez l'adulte et sur son caractère transitoire chez l'enfant, on ne peut manquer de conclure que si l'anesthésie existe le plus souvent chez le premier et fait défaut chez le second, au moins sous une forme accentuée, c'est précisément parce que chez l'enfant la maladie n'a impressionné que faiblement l'organisme. On voit de quelle importance est l'étude des stigmates sensitifs dans l'appréciation de l'évolution ultérieure de la névrose; ce sont des indicateurs de gravité dans l'hystérie.

*
* *

Après cette digression, complétons ce que nous avons à dire sur l'évolution des troubles sensitifs. Les stigmates cutanés et sensoriels sont à la vérité très fixes, mais ils peuvent disparaître, ou tout au moins subir des fluctuations très accentuées. Les impressions morales vives, les

attaques (1), les modifient parfois considérablement ; l'hémianesthésie peut disparaître instantanément, elle peut passer du côté opposé, puis revenir à sa place fixe, quelques jours ou quelques semaines après, spontanément ou sous l'influence d'un nouveau trouble convulsif.

Les îlots d'anesthésie peuvent se déplacer, disparaître ; il peut s'en montrer de nouveaux en remplacement des anciens.

Les anesthésies géométriques, par contre, sont extrêmement fixes : liées à un trouble local : arthralgie (hyperesthésie), paralysie, contracture, elles sont aussi peu variables que ces phénomènes et persistent encore un certain temps après leur disparition.

Quelquefois, mais rarement, l'hémianesthésie peut disparaître en se fragmentant; la sensibilité revient peu à peu, par îlots disséminés qui mettent très longtemps pour envahir complètement le côté anesthésique et le rendre sensible. M. Charcot a montré un remarquable exemple de ces faits dans une de ses Leçons du mardi (2). M. G. Guinon (3) a publié l'observation de ce malade que nous avions nous-même recueillie lorsque nous étions chef de clinique. Depuis quatre ans que dure l'hémianesthésie chez ce sujet que nous avons constamment suivi, les îlots sensitifs n'ont pu suffire, en s'étendant, à la faire disparaître : nous dirons même que le procédé curateur semble être actuellement stationnaire, bien que les phénomènes temporaires (attaques de sommeil) tendent sensiblement à décroître en fréquence et en intensité.

Parfois, en effet, l'anesthésie et les autres troubles sensoriels semblent suivre directement l'évolution de l'hystérie elle-même. M. Charcot a montré, pendant le mois d'octobre 1890, à ses auditeurs, un malade qui offrait, à

(1) Nous avons déjà montré l'influence de l'attaque sur la production de l'anesthésie générale le plus souvent sensitive dans ces cas, quelquefois sensorielle complète, et sur l'évolution de cette anesthésie qui, apparue dans ces conditions, est presque toujours transitoire. (G. T.)

(2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887-1888, t. I, p. 378.

(3) Guinon, *loc. cit.* Obs. LXXXI, p. 332.

ce point de vue, des singularités telles que son observation est peut-être unique. Il était tourmenté, de temps en temps, par des périodes d'attaques qui duraient douze à quinze jours, périodes qui étaient annoncées par une série de phénomènes d'ordre général très curieux : inappétence, embarras gastrique, etc. Au bout de deux ou trois jours de malaise, apparaissait une hémianesthésie droite qui était l'indice certain que les attaques allaient éclater : sa disparition indiquait également le retour à l'état normal.

Ces variations *spontanées* de l'anesthésie sont des plus intéressantes; mais on ne peut les constater et les étudier qu'à l'aide d'une observation continue et très attentive. Les variations *provoquées* ne le sont pas moins. Par ce fait qu'elles sont à la merci de l'observateur, celui-ci peut, dans les meilleures conditions, multiplier ses observations qui éclairent singulièrement l'histoire des anesthésies.

En 1855, Duchenne (de Boulogne) avait déjà constaté les bons effets de la faradisation cutanée dans le traitement de l'anesthésie hystérique; mais ce fut Briquet qui nota très nettement l'action de l'électricité faradique sur la disparition des phénomènes sensitifs.

« Si l'on promène, dit-il (*op. cit.*, p. 684), la brosse métallique sur la région anesthésique, la rougeur commence à apparaître, puis la chaleur vient, puis des fourmillements, et enfin arrive la douleur. Le plus habituellement, cinq à six minutes suffisent pour réveiller la sensibilité de la portion de peau sur laquelle on opère. De telle sorte que, quand l'anesthésie occupe l'une des moitiés du corps, il faut ordinairement deux à trois séances pour rappeler la sensibilité partout. Souvent, dès que la sensibilité est rétablie dans le lieu faradisé, elle reparaît également à ses environs dans un rayon assez étendu. Dans un certain nombre de cas, il a suffi de la faradisation du membre supérieur, par exemple, pour que la sensibilité reparût dans le membre inférieur. Il ne m'est jamais arrivé de ne pas voir le rétablissement de la sensibilité se faire; toujours la faradisation réussit. J'ai vu des anesthésies qui paraissaient dater de plus d'une année,

être enlevées à une première faradisation aussi facilement que si elles n'eussent existé que depuis peu de temps. Aussi peut-on établir comme règle générale que l'ancienneté du symptôme est tout à fait sans influence sur sa curabilité. En une ou deux séances d'un quart d'heure chacune, on est à peu près certain de faire disparaître l'anesthésie de la peau, quelle que soit son étendue, et de ne laisser aucune altération dans son tissu. L'inconvénient de la douleur que ce moyen provoque est nul, attendu que, du moment où la douleur commence à être sentie, l'anesthésie est dissipée. »

La faradisation n'agit pas seulement sur l'anesthésie cutanée, elle paraît également très efficace pour faire disparaître — temporairement au moins — les anesthésies des muqueuses et, de ce fait, rétablir les fonctions sensorielles qui sont dévolues à certaines d'entre elles.

L'anesthésie de la rétine, dont nous parlerons, paraît cependant résister à l'électricité, si nous en croyons Briquet; mais l'anesthésie des téguments de l'oreille est, au contraire, si facile à dissiper « que ce fut, dit-il, pour Duchenne et pour moi, un grand sujet d'étonnement, quand, fondés seulement sur les effets de la faradisation sur la peau, nous essayâmes, pour la première fois, cette opération sur l'oreille, et que nous vîmes chez une hystérique, sourde depuis longtemps de l'oreille gauche, disparaître le bourdonnement si fatigant de l'oreille, puis la malade entendre parfaitement le battement d'une montre placée à distance de son oreille, au bout de quelques minutes de faradisation. Le diagnostic et le traitement de cette anesthésie sont si certains, qu'un jour, une dame étrangère vint, je ne sais par quel hasard, me consulter pour une surdité; j'allais la renvoyer à des personnes plus compétentes, lorsqu'elle m'apprit qu'elle n'était sourde que d'une oreille ; que c'était de la gauche, et qu'en même temps elle éprouvait des sifflements d'oreille qui l'incommodaient beaucoup. Cela fixa mon attention : je regardai son oreille, que je trouvai insensible. Je dis à cette dame :

« Traversez le boulevard, montez chez M. Duchenne, « priez-le de ma part de vous ôter votre surdité, et vous « reviendrez dans dix minutes. » Elle revint, en effet, au bout de dix minutes, entendant parfaitement et heureuse d'être débarrassée de son sifflement qui lui était si importun qu'elle croyait toujours avoir derrière elle quelqu'un qui, pour lui faire niche, lui sifflait dans l'oreille.

« Je ne connais pas un seul cas où il ait fallu plus de deux séances de quelques minutes chacune pour faire disparaître la surdité par anesthésie. » (*Op. cit.*, p. 685.)

Les autres muqueuses : nasale, buccale, visuelle, vaginale et rectale se comporteraient de la même façon.

L'anesthésie des muscles est plus rebelle, mais elle cède généralement à quelques séances de faradisation. Et Briquet conclut : « L'anesthésie est un phénomène hystérique que l'on est toujours maître d'enlever; je ne connais pas un seul fait d'anesthésie, excepté l'anesthésie de l'œil, qui n'ait été dissipée par les moyens convenables et dont le plus puissant est la faradisation; après elle, viennent les vésicatoires, les frictions à l'huile de croton, les sinapismes. »

Après la lecture de cet exposé, on pourrait croire que rien n'est plus facile à guérir qu'une anesthésie hystérique sensitive ou sensorielle. La faradisation, comme beaucoup d'autres agents, du reste, peut quelquefois, en effet, guérir l'anesthésie hystérique; mais le plus souvent elle la déplace, et encore seulement d'une façon temporaire, comme nous allons le voir.

D'ailleurs, au milieu de son enthousiasme pour la faradisation, Briquet laisse échapper cette phrase beaucoup plus grosse de conséquences qu'on ne pourrait le croire en lisant ses précédentes considérations : « Il est bien évident que la guérison n'est définitive que quand l'état hystérique aigu est dissipé, tandis que, dans le cas contraire, la guérison n'est que temporaire. »

Les faits signalés par Briquet, de la disparition de l'anesthésie à la suite de la faradisation, contrôlés par Vul-

pian (1), Grasset (2), Bourceret (3) en 1875 et 1876, n'allaient pas tarder à être rapportés à tout un ensemble de phénomènes sur lesquels l'attention était attirée par les travaux de Burq et les expériences qui furent instituées à la Salpêtrière pour contrôler les observations de ce dernier auteur.

Depuis 1849, Burq soutenait, dans diverses publications (4), que l'application de plaques métalliques à la surface du corps suffisait, dans certains cas, pour faire disparaître des paralysies et des contractures hystériques accompagnées de troubles de sensibilité. Chaque malade présentait une idiosyncrasie particulière : tel était sensible à l'or, tel autre au cuivre; certains avaient des affinités pour plusieurs métaux, etc.

Le système de Burq, dans lequel on voyait une résurrection du perkinisme, ne faisait pas de nombreux adeptes, lorsque son auteur demanda, et obtint de M. Charcot, l'autorisation d'expérimenter sur les malades de son service. Notre maître avait alors pour interne (1876) M. Pitres, qui nous a donné un excellent résumé des faits qui vont suivre.

Burq démontra la réalité de ce qu'il avançait; il fit voir, de plus, que certaines hémianesthésies d'origine organique pouvaient disparaître sous l'influence des métaux, comme les anesthésies dynamiques d'origine hystérique.

(1) *De l'influence qu'exerce la faradisation de la peau dans certains cas d'anesthésie cutanée : Archiv. de physiol.*, 1875, p. 877.

(2) *Note sur les effets de la faradisation cutanée dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale : Arch. de physiol.*, 1876, p. 764.

(3) *Note sur quelques cas d'atrophie musculaire avec ou sans anesthésie cutanée. Influence de la faradisation dans certains cas d'anesthésie cutanée : Arch. de physiol.*, 1876, p. 807.

(4) Parmi les principales publications de Burq, consulter : Thèse de doctorat, Paris, 1851. — *Métallothérapie, nouveau traitement par les applications métalliques.* Paris, 1853. — *Métallothérapie du cuivre.* Paris, 1867. — *Métallothérapie; applications des métaux aux eaux de Vichy.* Paris, 1871. — *La Métallothérapie dans le service de M. le professeur Verneuil.* Paris, 1877, etc., etc., et de très nombreuses communications à la *Société de biologie.*

Contrôlant ces faits et instituant de nouvelles expériences, M. Charcot découvrait, à son tour, que la disparition des anesthésies ne s'effectuait pas uniquement sous l'influence des métaux, mais encore que d'autres agents, l'électrisation, comme l'avaient vu Briquet et Duchenne, l'aimantation, les vibrations mécaniques, étaient également susceptibles de jouer le rôle d'*æsthésiogènes* en ramenant la sensibilité.

Il communiqua ces faits à la Société de biologie, laquelle nomma une commission de contrôle composée de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier, qui s'adjoignirent MM. Gellé, Landolt et Regnard.

Ce fut au cours des travaux de cette commission que M. Gellé (1), étudiant l'état des oreilles chez les hystériques, découvrit, au moyen de son tube biauriculaire, le phénomène si intéressant du *transfert*, et que M. Charcot exposa le résultat de ses recherches sur les *oscillations consécutives*.

Ces travaux furent portés à la connaissance de la Société de biologie par M. Dumontpallier, rapporteur, dans les séances du 14 avril 1877 et du 10 août 1878. MM. Charcot et Paul Richer exposèrent encore, l'année suivante (1879), les résultats de nouvelles expériences (2).

Voici sommairement en quoi consistent les phénomènes de la métalloscopie :

« Supposons, dit M. Paul Richer, une malade hémianesthésique. On a fait, sans modifier en rien l'anesthésie, l'application successive de plusieurs métaux; on arrive enfin à celui auquel la malade est sensible : — c'est l'or, par exemple ; — deux ou trois pièces de vingt francs (une suffirait) sont appliquées sur un point quelconque de la moitié du corps qui a perdu sa sensibilité. Supposons que ce soit l'avant-bras. Au bout de quelques minutes, la

(1) *Suite d'études d'otologie*, 1875-1881, t. I : *Métalloscopie*.

(2) *De l'influence des agents æsthésiogènes sur l'hémianesthésie et l'achromatopsie cérébrales, et particulièrement du phénomène des oscillations consécutives. Progrès médical*, n[os] 46 et 47, 1879. — P. Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*. 1[re] éd. 1881, 3[e] partie, ch. I, p. 535.

malade éprouve de la lourdeur dans le membre, des fourmillements; si alors on fait des piqûres d'épingle dans le voisinage immédiat de la pièce (les yeux de la malade étant fermés soigneusement), ces piqûres donnent lieu à de la douleur; mais si on les fait à quelques centimètres, elles ne sont pas plus perçues qu'auparavant. Un peu plus tard, cette zone de sensibilité s'est étendue, et, dans les cas extrêmes, il peut arriver que tout le côté anesthésié recouvre momentanément la sensibilité; nous disons : momentanément, car, en prolongeant l'expérience, on voit l'anesthésie reparaître en commençant par les parties qui lui étaient devenues sensibles les dernières (anesthésie de retour de Burq), après quoi la malade se retrouve dans son état primitif. La durée totale de l'expérience, comprenant la disparition de l'anesthésie et son rétablissement, varie dans d'aussi grandes proportions que l'étendue de la surface cutanée qu'elle intéresse, depuis une demi-minute jusqu'à trois quarts d'heure et plus.

« En outre, il y a des phénomènes concomitants des plus remarquables; les piqûres d'exploration qui, au début de l'expérience, restaient exsangues, ne tardent pas à laisser suinter des gouttes de sang; et même, sans faire de piqûre, on constate, à la simple inspection de la peau, une augmentation évidente de la vascularisation du derme. La température suit la même marche, et la colonne mercurielle d'un thermomètre tenu dans la main s'élève à mesure que la sensibilité reparaît et peut monter de plusieurs degrés. Ce n'est pas tout : M. Burq constate, au moyen d'un dynamomètre très commode, de son invention, que la force musculaire a reçu un accroissement notable, et qu'au lieu de la parésie habituelle en pareil cas, la pression de la main indique une force en rapport avec le développement musculaire de la malade. L'augmentation peut être, et est souvent de trente kilogrammes. »

On peut inversement, chez un individu hémianesthésique, appliquer une plaque d'un métal auquel il est sensible, sur le côté sain. Au-dessous de celle-ci apparaît

l'anesthésie, et, au bout d'un certain temps, le *phénomène du transfert* a lieu; le côté droit en expérience est devenu hémianesthésique au lieu et place du côté gauche, par exemple, qui l'était antérieurement.

Si l'on prolonge l'expérience pendant quelque temps, on voit que le côté antérieurement anesthésique recouvre bientôt son insensibilité, dans certains cas tout au moins. Sans nouvelle application métallique, on observe souvent qu'au bout d'un temps variable, l'anesthésie repasse du côté opposé : il se fait là une série de transferts auxquels M. Charcot a donné le nom d'*oscillations consécutives*. C'est à la suite de ces oscillations que l'hémianesthésie, ou disparaît, ou reste moins prononcée, ou persiste, suivant les cas, sur l'un ou l'autre côté.

Non seulement ces oscillations intéressent la sensibilité générale, mais elles comprennent également les troubles sensoriels, l'achromatopsie en particulier, comme nous le verrons dans les chapitres spécialement consacrés aux yeux.

La durée des oscillations est fort variable : de quelques secondes à vingt minutes et beaucoup plus. On peut dire, d'une façon générale, que les oscillations sont d'autant plus courtes et plus répétées qu'elles se produisent plus facilement.

« Lorsque les oscillations sont terminées, dit M. Paul Richer (*op. cit.*, p. 539), la malade demeure, au point de vue de la sensibilité, dans un état de stabilité relative qui peut durer plusieurs heures, mais qui varie.

« Nous en avons observé trois variétés : 1° la malade recouvre pour quelque temps la sensibilité totale; 2° la malade demeure en état de transfert, c'est-à-dire que, si elle était hémianesthésique gauche avant l'expérience, elle devient, pour quelques instants, hémianesthésique droite; peut-être ne doit-on voir dans cet état qu'une oscillation qui se prolonge et dont la fin n'a pas été observée; 3° enfin, la malade se retrouve dans le même état qu'avant l'expérience. »

Les métaux et la faradisation ne sont pas les seuls agents susceptibles de ramener la sensibilité, en produisant les phénomènes du transfert. A côté de la faradisation, il faut se rappeler que Briquet plaçait les vésicatoires, les frictions à l'huile de croton, les sinapismes.

A la suite des travaux de la commission de la Société de biologie, qui consacrait la découverte de Burq, de nombreux observateurs se mirent à l'œuvre et découvrirent un nombre très considérable d'agents æsthésiogènes, parmi lesquels il convient de placer l'électricité statique (Charcot, Vigouroux), l'eau chaude ou froide (Thermes, de Cérenville, Adamkiewicz, Schiff), les vésicatoires et les sinapismes (Briquet, Westphall, Schiffers, Grasset), certains minerais ou sels minéraux, tels que le sulfure de fer, le fluorure de calcium, le sulfate et le carbonate de fer (Pavona), le bois (Hoggard, Dujardin-Beaumetz), le jaborandi en injections sous-cutanées (Grasset, Lannois, Huchard), le nitrite d'amyle en inhalations (Rosenthal, Urbanstchitsch), etc. Pitres a essayé l'action des gaz : il a plongé la main anesthésique dans un bain d'oxygène, d'hydrogène, d'acide carbonique, etc. Seul, l'hydrogène a fait réapparaître la sensibilité.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer l'action des agents æsthésiogènes; elles peuvent être divisées en *physiques* et en *psychiques*.

Parmi les premières, la *théorie des courants électriques* vit le jour dès le début des investigations, et fut accueillie avec faveur. « Les recherches de Briquet, Duchenne, Vulpian, dit M. Pitres, ayant démontré que des courants électriques, lancés sur les régions anesthésiques de la peau des hystériques, y réveillent souvent la sensibilité, il était donc tout naturel de se demander si les métaux, mis en contact avec la peau et les éléments de la transpiration cutanée, ne devenaient pas la source de courants, et si les actions métalloscopiques ne devaient pas être ramenées, en dernière analyse, à des actions électriques. »

Cette théorie prit une singulière consistance, lorsque

M. Regnard, s'aidant d'un galvanomètre à fil très fin, démontra que :

1° Des métaux appliqués sur la peau humaine déterminent des courants d'une intensité suffisante pour être mesurés par des galvanomètres très sensibles;

2° L'intensité de ces courants est variable selon la nature du métal appliqué et selon l'état de la peau;

3° Le passage dans la peau d'un courant de pile, d'une intensité égale à celle du courant que détermine sur la même peau l'application d'un métal actif, produit exactement les mêmes effets æsthésiogènes que le métal lui-même.

Sans sortir du domaine de l'électricité, M. Vigouroux (1) opposa à la théorie des courants celle de la *polarité électrique;* l'action des métaux serait un phénomène d'électricité statique.

Schiff fit alors remarquer que les courants électriques cutanés sont très faibles; de plus, ainsi que l'indique Westphall, si l'on interpose entre le métal et la peau un corps isolant, soie, cire à cacheter, on oppose à ces courants de très faible intensité une résistance que l'on peut considérer comme insurmontable. Et cependant le phénomène du transfert ne s'en produit pas moins.

Aussi, à la théorie déjà hypothétique des courants, qui cependant s'appuyait sur des données positives, Schiff oppose-t-il une théorie plus hypothétique encore d'ailleurs, celle des *vibrations moléculaires* des agents æsthésiogènes concordant avec les vibrations de même nature du système nerveux.

C'est alors que Hughes Bennet et Hack Tuke abandonnent les théories physiques et pensent que l'imagination est la seule cause des actions æsthésiogènes. Cette théorie psychique ne tient cependant pas compte de résultats positifs parfaitement acquis. M. Charcot avait, en effet, démon-

(1) *Sur la théorie physique de la métallothérapie : Compte rendu des séances de la Société de biologie*, 1877, p. 401. — Voy. aussi la remarquable revue du même auteur : *Métalloscopie, Métallothérapie, Æsthésiogènes : Archives de neurologie*, t. I et II.

tré que, lorsqu'on remplace un aimant véritable par un appareil en tout semblable en bois peint, on peut bien tromper l'hystérique sur la nature de l'expérience, mais celle-ci est alors négative, le transfert ne se produisant plus. Comment le sujet peut-il savoir, par exemple, que le courant passe dans un solénoïde, et pourquoi l'anesthésie persiste-t-elle lorsque le courant ne passe pas? Il est incontestable qu'on peut produire le transfert par simple affirmation, par suggestion ; mais si certains phénomènes psychiques sont indéniables, l'action des agents physiques ne l'est pas moins.

La question, comme on le voit, reste donc extrêmement complexe. Comment expliquer, par exemple, que deux métaux appliqués simultanément sur la peau peuvent annihiler réciproquement leur influence, et que, lorsque la sensibilité a reparu, l'application d'un métal actif peut la faire disparaître temporairement? Enfin, qui dira pourquoi tel malade est sensible au laiton et tel autre à l'argent? pourquoi, chez le même malade, l'idiosyncrasie æsthésiogénique varie d'un jour à l'autre?

Faut-il admettre encore, avec M. Debove, qu'il se produit, au niveau de la décussation des faisceaux sensitifs, « un phénomène analogue à celui que les physiciens, dans l'étude de la lumière, ont désigné sous le nom d'*interférence* (1) »?

M. Pitres, qui a remarquablement résumé toute cette question, après s'être arrêté à une opinion très éclectique, dit qu'il paraît très vraisemblable que ce transfert est simplement une exagération excessive d'un fait physiologique banal. Dès 1854, Hoppe (2) a remarqué que, si l'on pince énergiquement le pouce ou l'index d'un côté, on détermine une diminution notable de la sensibilité sur les points symétriques de l'autre côté. M. Rumpf (3) a fait des

(1) *Recherches sur les hémianesthésies : Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1879, p. 46.

(2) *Anal. in Canstatt's Jahresber.* 1859. Bd I, p. 189.

(3) Cité par Richet, *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*. Thèse de doctorat, Paris, 1877.

observations analogues. M. Adamkiewicz (1) et M. Adler (2) sont arrivés à des résultats identiques, et M. Westphall (3) a remarqué que, si l'on place un sinapisme sur les points exactement symétriques des membres, la sensibilité n'est augmentée qu'au-dessous d'un seul des deux sinapismes.

La révulsion employée dans un but thérapeutique produit souvent, en dehors de l'hystérie, le transfert d'un côté à l'autre de certains phénomènes morbides. C'est ainsi que Bravais (4), Récamier (5), et plus récemment MM. Buzzard (6), Hirtl (7), Crozes (8), ont rapporté des exemples de transfert des auras motrices de l'épilepsie jacksonienne par suite de l'application de vésicatoires circulaires au-dessus du point de départ de l'aura primitive, et voilà que quelques cliniciens proposent de traiter la sciatique en pulvérisant du chlorure de méthyle, non pas sur la cuisse endolorie, mais sur celle du côté opposé (9).

(1) *Verhand. der Berlin. physiolog. Gesselsch.*, 12 avril 1878. *In Du Bois Raymond's Archiv. für Physiol.*

(2) *Ein Beitrag zur Lehre von den bilateralen Fonctionen. Ein Auschlusse an Erfahrungen der Metalloscopie. Inaug. Dissert.* Berlin, 1877.

(3) *Berl. klinis. Wochensch.* 1878, n° 30.

(4) Bravais, *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique.* Thèse de doctorat, 1827.

(5) Récamier, *Gaz. des hôpitaux*, 1843.

(6) Th. Buzzard Clément, *Lectures on diseases of the nervous system*, lect. IV, p. 427, et *The Lancet*, mars 1884.

(7) L. Hirtl, *Ueber das Auftreten von Transfert Erscheinungen der partiellen Epilepsie. Neur. Centralblatt*, 1884, p. 9.

(8) Élie Crozes, *Des effets des vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura dans l'épilepsie jacksonienne.* Thèse doct., Bordeaux, 1886.

(9) Voy. à ce sujet Jacquet, *Note sur la réfrigération du membre sain dans les cas de sciatique : Soc. de biologie*, 16 juillet 1887. — Dumontpallier, *Du traitement de la sciatique par excitation cutanée du membre inférieur du côté sain : Soc. de biologie*, 23 juillet 1887. — Paul Raymond, *Pulvérisation de chlorure de méthyle sur le membre du côté sain dans la névralgie sciatique : Soc. de biol.*, 23 juillet 1887.

Il convient de rappeler ici que, dès 1878, M. Dumontpallier a montré qu'il était possible de provoquer une analgésie locale d'un membre en pulvérisant de l'éther sur la région similaire du côté opposé du corps (*Soc. de biologie*, 1878, p. 349), et que, dix ans auparavant, MM. Brown-Séquard et Tholozan avaient signalé l'abaissement local de la température d'un côté du corps par suite de la réfrigération du côté opposé. (*Arch. de physiol.*, 1878, p. 688.)

A la vérité, ces observations s'expliquent par le phénomène du transfert; elles prouvent seulement que ce phénomène n'est pas aussi étrange qu'il le paraît à première vue, puisqu'il se produit sous une forme atténuée dans les conditions normales du fonctionnement du système nerveux, et dans un certain nombre de circonstances pathologiques tout à fait indépendantes de l'hystérie.

Quel est, dans le système nerveux cérébro-spinal, le *siège de l'altération* — terme pris dans son sens le plus général — qui donne naissance aux anesthésies hystériques? Il ne paraît pas douteux que le cerveau doive être incriminé. L'hémianesthésie de cause organique siège dans le tiers postérieur de la capsule interne. Or, non-seulement elle est identique avec celle qu'on observe dans l'hystérie, mais encore elle s'accompagne d'un rétrécissement concentrique du champ visuel qui est absolument analogue à celui de la névrose. Cependant M. Charcot a fait l'autopsie de femmes qu'il avait connues invariablement hémianesthésiques pendant plus de trente ans, et ses investigations anatomiques sont restées infructueuses. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'altérations, mais bien que celles-ci échappent encore à nos moyens de contrôle.



La séméiologie des anesthésies hystériques est plus intéressante encore, car elle prête à des considérations de diagnostic de la plus haute importance.

Trois cas sont à considérer, comme dans la description clinique. Les troubles de sensibilité se présentent sous forme d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle; sous forme d'îlots disséminés; sous forme d'anesthésie en territoires géométriques. Les deux dernières dispositions s'accompagnent ou non, mais le plus souvent, de troubles sensoriels.

Autrefois, et de cela il n'y a pas encore bien longtemps, on pensait que trois ordres de causes pouvaient donner lieu à l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle : une lésion

de la partie postérieure de la capsule interne; les intoxications, et particulièrement le saturnisme et l'alcoolisme; enfin l'hystérie (1).

M. Charcot a établi et exposé, dans des leçons mémorables (2) dont nous donnons le résumé, que « lorsque l'hémianesthésie apparaît chez un alcoolique et chez un saturnin, c'est que ces malades sont, *en outre, hystériques* » (p. 294). Il n'y a donc plus à tenir compte de ces intoxications, autrement que comme agents provocateurs des manifestations hystériques.

Reste l'hémianesthésie d'origine capsulaire, et, phénomène singulier, il se trouve que M. Charcot, qui a montré la véritable nature des hémianesthésies toxiques, se fait aujourd'hui le défenseur de l'hémianesthésie organique sensitivo-sensorielle, s'appuyant sur des faits suivis d'autopsie.

« L'hémianesthésie capsulaire, dit-il (p. 295), quand elle est accentuée, ne diffère en rien d'essentiel de l'hémianesthésie hystérique. » Comme jamais on n'observe d'hémiopie permanente dans l'hystérie, on pourrait s'appuyer sur ce signe pour le diagnostic différentiel. Mais M. Charcot ajoute qu' « en particulier pour ce qui concerne le champ visuel, ce n'est pas l'hémiopie qu'on observe en pareil cas (hémianesthésie organique par lésion de la capsule interne), c'est l'amblyopie croisée unilatérale ou double, absolument comme s'il s'agissait de l'hystérie ».

Le transfert même serait insuffisant pour juger la question, car les observations de Vulpian, Bourceret, Grasset, semblent montrer qu'on peut l'obtenir dans les hémianesthésies organiques.

Le point capital du diagnostic réside dans ce fait que,

(1) Voy. à ce sujet D'AURELLE DE PALADINES, *De l'anesthésie hystérique; contribution à l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse.* Thèse de Paris, 1889.

(2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière,* t. I, 1887-1888, 16e et 28e leçon, et *Appendice,* p. 586. — Voy. aussi FERRIER, *De l'hémianesthésie cérébrale : Semaine médicale,* 1887, p. 476. — DEJERINE, *Sur un cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale observée chez un hémiplégique et relevant d'une*

lorsque l'hémianesthésie organique s'accompagne d'hémiplégie, ce qui est la règle, on trouve dans la majorité des cas une hémiplégie du facial inférieur, alors que, ainsi que l'ont établi Todd, Hasse, Weir-Mitchell, il n'existe que très rarement une véritable paralysie faciale dans l'hystérie. C'est le *spasme glosso-labié* que l'on rencontre avec les caractères si particuliers que lui ont assignés les recherches de M. Charcot et de ses élèves : MM. Brissaud, Marie et Gilles de la Tourette.

Il est inutile d'ajouter que la présence d'autres phénomènes hystériques, qui feront rarement défaut, viendra encore aider singulièrement le diagnostic.

Quant aux anesthésies en îlots disséminés, on pourrait les confondre avec celles qui sont fréquemment liées aux maladies de la moelle (*tabes*), ou à des névroses périphériques : saturnisme, alcoolisme, béribéri. Mais le diagnostic est certainement beaucoup moins difficile que précédemment, si l'on se rappelle que toutes ces affections sont accompagnées de phénomènes douloureux qui précèdent les troubles de sensibilité et occupent, en clinique, un rang beaucoup plus important que ces derniers, ce qui est absolument le contraire de l'hystérie, où l'*anesthésie douloureuse* est extrêmement rare.

Restent les anesthésies en îlots occupant plus particulièrement les avant-bras, les seins, que M. Fournier(1) a décrites chez les femmes à la période secondaire de la syphilis, et que l'éminent professeur de Saint-Louis considère comme étant sous la dépendance du virus syphilitique. M. Pitres pense que la plupart de ces troubles surviennent chez des hystériques. De l'examen de nombreux malades que nous avons fait dans le service de M. Fournier, il nous a semblé que si une grande partie des sujets présentaient d'autres

atrophie du faisceau rubané de Reil : *Arch. de physiol. norm. et path.*, 1890, n° 3.

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. I, 1869, et *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, p. 783. Paris, 1873.

stigmates de l'hystérie, il en était, par contre, chez lesquels la syphilis paraissait devoir être directement incriminée. C'est une question qui n'est pas encore résolue et appelle de nouvelles recherches qui devront surtout porter sur l'évolution de ces anesthésies.

Jusqu'en 1889, les travaux de M. Charcot donnaient à penser que les anesthésies en manchon, en gigot, en brassard, réparties en territoires géométriques, qu'il avait découvertes, étaient seules l'apanage de l'hystérie. Étudiant les monoplégies brachiales hystéro-traumatiques et les comparant aux mêmes paralysies, d'origine également traumatique, mais liées à l'arrachement du plexus, M. Charcot montrait(1) que, dans ces dernières, l'anesthésie se limitait exactement aux territoires insensibilisés par les nerfs lésés, alors que, dans l'hystérie, il existait toujours une disposition typique tout à fait indépendante des distributions nerveuses.

Mais, depuis cette époque, de nouvelles recherches(2) l'ont amené à constater que « les anesthésies syringomyéliques peuvent être disposées à la surface du corps, comme le sont les anesthésies hystériques, par zones géométriquement limitées, par segments de membres, sous forme hémiplégique, etc., etc. ».

De plus, il peut exister, nous le savons, dans l'hystérie, le type de dissociation syringomyélique de la sensibilité. On comprendra alors que le diagnostic soit quelquefois fort difficile, d'autant que l'hystérie s'accompagne parfois de troubles trophiques, d'atrophie musculaire, par exemple, si fréquemment observée dans la syringomyélie. On aurait même noté dans cette dernière, bien que les observations restent encore isolées, un rétrécissement double du champ visuel sur lequel nous aurons à nous expliquer.

Cependant, nous ne croyons pas que le diagnostic puisse souvent et longtemps s'égarer. L'évolution des deux affections est, en effet, trop différente, et les ressemblances

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 18e à 25e leçon.
(2) *Ibid.*, 21e leçon, p. 517.

sont beaucoup plus apparentes que réelles pour un observateur averti et minutieux dans ses investigations. Il ne faut pas oublier encore qu'elles peuvent coïncider sans jamais toutefois se confondre, ce qui nous semble le cas, lorsque dans la syringomyélie il existe un rétrécissement du champ visuel.

CHAPITRE SIXIÈME

LES HYPERESTHÉSIES HYSTÉRIQUES ET LES ZONES HYSTÉROGÈNES.

I. LES HYPERESTHÉSIES HYSTÉRIQUES. — Rareté des documents historiques : sainte Thérèse et sœur Jeanne des Anges. — Sydenham. — Brodie, 1837. — Beau, Schutzemberger. — Briquet. — Charcot et la découverte des zones hystérogènes. — Hyperesthésies *cutanées, muqueuses, viscérales.* — Difficultés de classement.

HYPERESTHÉSIES CUTANÉES. — Modes de recherches. — Conditions d'apparition et de disparition. — Diversité de répartition. — Hyperesthésie généralisée. — Hémihyperesthésie. — *Hyperesthésies en territoires géométriques;* elles se superposent à la fonction. — Territoires psychiques et fonctionnels. — Orbiculaire des paupières ; sphincter vaginal. — Les hyperesthésies géométriques s'observent surtout dans les *arthralgies hystériques.*

Historique des arthralgies. — Fréquence. — Siège : genou et hanche surtout. — Age. — Sexe. — Causes déterminantes. — Traumatisme local et *suggestion traumatique* de Charcot. — Modes de début. — L'hyperesthésie cutanée géométrique est le signe capital ou *signe de Brodie.* — Zones hyperesthésiques en manchon, en brassard. — La zone hyperesthésique cutanée peut être hystérogène. — *Considérations particulières sur la coxalgie hystérique.* — Parfois il existe dans ces arthralgies des troubles trophiques de la peau, des muscles, et *peut-être* des surfaces articulaires. — Irrégularité des amyotrophies par rapport à celles des arthrites organiques. — Examen chloroformique. — Mode de réapparition de la douleur pendant le réveil chloroformique. — Durée. — Modes de guérison.

Hyperesthésies en territoires irréguliers. — Généralités. — La description des zones hyperesthésiques des muqueuses et des viscères se confond avec celle des zones hystérogènes.

II. DES ZONES HYSTÉROGÈNES. — Définition. — Historique. — Zones cutanées, muqueuses, viscérales. — *Zones cutanées.* — Généralités. — Attitudes de défense. — Modes d'excitation ; de disparition.

I

A l'inverse de ce que nous avons vu exister pour les anesthésies, les documents historiques sont rares en ce qui regarde l'exaltation (ou la perversion) des phénomènes de

sensibilité cutanée, muqueuse ou viscérale, connus sous le terme général d'*hyperesthésies hystériques*.

Il n'est cependant pas douteux que sainte Thérèse, qui mourut le 4 octobre 1582, fût atteinte de cardialgie hystérique (1), ou mieux d'angine de poitrine de même nature, complexus qui s'accompagne souvent de troubles hyperesthésiques de la région précordiale.

Sœur Jeanne des Anges, la supérieure des Ursulines de Loudun, avait « la moitié du corps tout grillé », ce qui correspond évidemment à l'hémihyperesthésie (2).

On pourrait certainement trouver dans l'histoire des autres possessions des exemples similaires, mais nous avons hâte d'arriver à Sydenham, qui décrit l'hyperesthésie rachidienne, l'odontalgie, le clou hystérique, en observateur de génie.

Cependant les descriptions de Sydenham resteront longtemps isolées, sinon incomprises, et c'est Brodie qui, en 1837, appellera de nouveau l'attention sur ces phénomènes. Il tirera de leur étude des déductions pratiques très importantes qui, elles aussi, passeront longtemps inaperçues.

Viennent ensuite les recherches de Beau (*Arch. gén. de méd.*, 1841), la thèse remarquable de Henrot, les travaux de Schutzemberger (1846), de Briquet, lequel sacrifiera trop souvent la juste observation des faits à la théorie, représentée dans la circonstance par la myosalgie ou myodinie hystérique.

C'est à M. Charcot qu'il appartenait de faire la lumière dans ce chapitre si touffu, renfermant des faits en apparence disparates, dans tous les cas mal compris. La découverte des zones hystérogènes, qui touchent de si près aux hyperesthésies hystériques, devait le conduire à des résultats inespérés au point de vue de l'étude et de l'interprétation des phénomènes paroxystiques; c'est un point que nous nous attacherons bientôt à faire ressortir.

(1) *Œuvres de sainte Thérèse,* par le P. M. Bouix, t. I, 13e éd., p. 48.
(2) *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.,* p. 139.

*
* *

Nosographiquement, l'hyperesthésie hystérique a la même signification que l'anesthésie, avec laquelle elle alterne ou coïncide souvent. Sa description nous semble plus difficile à tracer. Si nous voulions suivre l'exemple de certains auteurs, de Briquet en particulier, nous risquerions fort de faire entrer dans le chapitre des hyperesthésies une bonne partie de la pathologie de l'hystérie.

C'est ainsi qu'il décrit, en cette place, la toux, la gastralgie, comme étant dues à des hyperesthésies de la muqueuse laryngo-bronchique ou stomacale. Logiquement, peut-être Briquet n'a-t-il pas tort, car des zones hyperesthésiques ou hystérogènes de ces muqueuses peuvent incontestablement produire de semblables phénomènes; mais le plan d'exposition que nous avons conçu est un peu différent. Nous étudions, en ce moment, les stigmates hystériques permanents, le fonds commun sur lequel évolueront, vivront, pour ainsi dire, les paroxysmes de la névrose, et leurs localisations sur un appareil déterminé trouveront leur place dans des chapitres séparés, de façon à ne pas morceler indéfiniment la description. C'est là peut-être un artifice de classification, mais nous croyons avoir intérêt à l'adopter.

Les hyperesthésies sont *cutanées, muqueuses* ou *viscérales*. Les tissus intermédiaires ou profonds, *muscles, tendons, os* et *articulations*, peuvent certainement en être le siège, mais cette localisation est rare. Dans les arthralgies hystériques, la peau qui recouvre l'articulation douloureuse et les muscles contracturés est le siège précis, ainsi que l'a démontré Brodie, d'une exquise sensibilité. Tout au plus pourrait-on attribuer à une hyperalgésie musculaire ces sensations de courbatures généralisées, de brisement, qui sont assez fréquentes chez les hystériques.

Briquet définit l'*hyperesthésie cutanée :* « l'excès de la sensibilité porté, le plus souvent, au point d'occasionner du

malaise, de la souffrance ou de la douleur. » Cette définition n'est pas assez compréhensive. Nous avons vu, en étudiant les anesthésies cutanées, que la peau était le siège normal de diverses sensibilités : au tact, à la douleur, à la chaleur, au poids. Ces diverses sensibilités peuvent avoir disparu en bloc : elles peuvent se dissocier, elles peuvent même être perverties.

En ce qui regarde l'hyperesthésie, l'étude de ces dissociations n'a pas été poussée aussi loin que pour l'anesthésie, pour ce fait peut-être, déjà énoncé par Henrot (p. 18), que « si l'anesthésie est constante, — ce qui n'est pas toujours la vérité, — l'hyperesthésie est seulement très fréquente », ce qui nous semble encore exagéré, étant donné surtout que Henrot ne connaissait pas les zones hystérogènes.

Aussi, sous ce vocable, désigne-t-on le plus souvent les troubles des diverses sensibilités du tégument cutané prises dans leur ensemble. Nous ferons remarquer seulement que, dans leur recherche, il importe d'agir sur une assez grande surface à la fois. C'est ainsi, par exemple, que le frôlement de la peau par le doigt sera beaucoup plus vivement senti qu'une piqûre, et surtout qu'une piqûre profonde; car, comme nous l'avons dit, et comme l'a péremptoirement démontré Brodie, c'est le tégument cutané et non les tissus profonds qui sont, dans la très grande majorité des cas, le siège des phénomènes douloureux.

Cette douleur, que l'on provoque en frottant légèrement les surfaces hyperesthésiées, est quelquefois extrêmement vive : dans certains cas, elle naît et meurt localement; dans d'autres, au contraire, elle se propage, elle a des points d'irradiation presque toujours les mêmes, quel que soit son siège, et que nous retrouverons en traitant des zones hystérogènes.

Les autres sensibilités : froid, chaleur, sont également perçues avec une très vive intensité. Ainsi que cela existe, à un moindre degré, toutefois, à l'état normal, lorsqu'on applique sur la peau un corps très chaud ou un corps très

froid, les sensations tendent à se confondre dans une même perception de *brûlure*.

L'hyperesthésie cutanée, comme tous les stigmates permanents, est surtout l'apanage des hystériques adultes, hommes et femmes, les enfants ayant surtout de la tendance à présenter des manifestations monosymptomatiques d'un autre ordre. Le plus souvent, elle naît ou semble naître spontanément; elle disparaît de même. Sous ce rapport, comme pour tous les autres stigmates, les paroxysmes, l'attaque convulsive en particulier, ont une grande influence; à leur suite naît ou disparaît l'hyperesthésie, ou bien l'anesthésie la remplace, et *vice versa* : nous savons, du reste, que ces deux troubles de sensibilité, en apparence si opposés, ont la même valeur nosologique.



L'hyperesthésie cutanée affecte diverses dispositions : elle est généralisée ; hémilatérale ; en îlots disséminés irrégulièrement ; répartie en territoires géométriques.

L'hyperesthésie généralisée à toute la surface du corps est rare, car Briquet ne l'a constatée que trois fois sur 430 observations, et encore, chez une de ses malades, respectait-elle la face et le cou. Beau l'a vue plusieurs fois : par contre, Henrot n'en a jamais observé un seul cas. Nous en avons rencontré quelques rares exemples, particulièrement chez des hommes hystériques.

A l'inverse de l'anesthésie, l'hyperesthésie, dans ces cas, n'a pas besoin d'être recherchée : elle se révèle au malade lui-même par deux ordres de phénomènes. Les premiers semblent n'être que l'exagération des sensations inconscientes qui se passent à la surface de la peau, ils sont d'ordre subjectif ; les seconds, qui sont mis en œuvre par les excitations venues du dehors : frottements, chocs, etc., sont, pour ainsi dire, immédiatement objectivés.

Briquet a donné une bonne description de cet ensemble morbide. Après avoir fait remarquer que cette hyperesthésie

générale ne s'observe guère que « chez les femmes chez lesquelles l'hystérie suit une marche assez aiguë », — ce que nous traduirions volontiers par hystérie à paroxysmes actuellement fréquents, — il ajoute (p. 209) :

« Des trois cas dans lesquels cette hyperesthésie occupait toute la peau, le premier avait lieu chez une jeune fille de vingt ans, qui avait depuis peu de temps éprouvé des contrariétés très vives; le second était une femme qui, à la suite de pertes d'argent auxquelles elle avait été très sensible, était devenue hystérique à l'âge de quarante-deux ans; la troisième était devenue très promptement hyperesthésique après la mort inopinée de sa mère; chez ces deux dernières malades, la dermatalgie avait été précédée par de l'agitation dans les membres, par une sensation de chaleur insolite à la peau et par des élancements d'abord vagues, puis très fréquents. L'hyperesthésie avait débuté par un point très restreint, et, de là, elle s'était étendue assez promptement à toute la surface du corps. Cet état de la peau s'était accompagné d'une excitation générale telle, que l'une des malades avait dû être saignée plusieurs fois avant son entrée à la Charité. Chez ces femmes, la peau était le siège d'une sensibilité extrême, d'un engourdissement permanent, de fourmillements continuels et d'élancements fort douloureux; cette membrane paraissait aux malades être raide, tendue et brûlante, quoique, à la main de l'observateur, elle parût plutôt fraîche que chaude et que sa couleur ne fût pas changée. La moindre pression était douloureuse, le simple contact du bout du doigt produisait une sensation semblable à celle que provoquerait la piqûre d'un faisceau d'aiguilles. Ces femmes ne pouvaient se servir de leurs mains pour rien saisir, ni de leurs pieds pour marcher; tout ce qu'elles touchaient avec ces parties leur paraissait garni d'aspérités, comme si les objets avec lesquels elles étaient en contact eussent été des épines. Le simple frottement de leur linge contre la peau, le décubitus dans le lit, étaient pour elles une cause de souffrances. La dermatalgie s'accompagnait de l'hyperesthésie des

chairs subjacentes, de telle sorte qu'elles ne pouvaient faire le moindre mouvement sans souffrir. Il n'y avait pas de fièvre, mais l'insomnie était continuelle. Chez l'une d'elles, les yeux étaient très sensibles à la lumière; les oreilles, assiégées de forts bourdonnements, étaient douloureusement impressionnées par les sons, et les odeurs fortes étaient désagréablement senties par les narines. »

Ces formes généralisées sont heureusement les moins persistantes, limitées qu'elles sont, le plus souvent, à l'intervalle de deux attaques : cependant, dans un cas de Briquet, l'hyperesthésie générale persista pendant cinq mois, « en éprouvant de temps en temps des suspensions, puis des récidives ».

Nous étudierons bientôt les hyperesthésies des muqueuses qui recouvrent les organes des sens, mais en traitant de l'hyperesthésie généralisée, et nous posant la question de savoir ce que deviennent justement les sens dans cette circonstance, nous dirons que jamais nous n'avons, en pareils cas, observé leur hyperacuité. Les faits de Monneret et de Briquet, dans lesquels des hystériques lisant avec les yeux presque fermés avaient une « hyperesthésie des nerfs optiques », doivent être interprétés, à notre avis, de tout autre manière. Il s'agit de cas de somnambulisme hystérique ou hypnotique, états pendant lesquels il existe parfois, en effet, une hyperacuité sensorielle véritablement extraordinaire. Les sons ou la lumière peuvent simplement, dans ces conditions, impressionner douloureusement l'œil (photophobie), l'oreille (perception douloureuse des sons), et rien de plus.

Si l'hémianesthésie est très fréquente au point de comprendre la presque majorité des troubles de sensibilité, il n'en est pas de même de l'*hémihyperesthésie*, dont nous avons cependant observé quelques cas, et l'un d'eux nous a servi de matière à diverses considérations (1). Dans ce

(1) Gilles de la Tourette, *De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques : Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, t. II, 1889, obs. II, p. 125.

cas, les téguments cutanés du côté gauche étaient extrêmement douloureux, au point qu'il fallait se servir d'appareils compliqués pour changer les draps, la malade restant clouée dans son lit par des contractures qui siégeaient, d'ailleurs, du côté hyperesthésique. La sensibilité du côté droit était normale, mais, dans un autre cas présenté par M. Charcot à sa Clinique, le côté opposé était anesthésique, tant il est vrai qu'on observe assez souvent, chez le même sujet, à la fois l'anesthésie et l'hyperesthésie.



De même que les anesthésies, les hyperesthésies peuvent se disposer en « *territoires géométriques* », ainsi que l'a démontré M. Charcot, tant par l'observation clinique que par ses recherches expérimentales sur les sujets hypnotisés. Cette répartition affecte toujours les mêmes caractères : *elle se superpose à la fonction.* Ainsi, par exemple, nous avons montré (1) que, dans la contracture de l'orbiculaire des paupières, on pouvait noter une zone hyperesthésique circulaire exactement superposée à ce muscle. Il n'est pas douteux que les hyperesthésies vulvaires, coïncidant avec une contracture du sphincter vaginal, ne soient de même ordre.

Il est à se demander, dans ces cas, laquelle, de l'hyperesthésie ou de la contracture, est primitive. Nous serions tenté de croire que c'est l'hyperesthésie, puisque celle-ci persiste toujours un certain temps après la disparition de la contracture, et est alors l'indice fort net de son imminence de retour. Nous croyons qu'il est plus simple de voir là des phénomènes liés intimement les uns aux autres, à savoir, l'adultération des divers éléments d'une fonction spécialisée, celle de l'occlusion des yeux, par exemple, dont l'appareil cutané et musculaire est commandé psychiquement par un territoire spécial unique, totalement indépendant des

(1) Gilles de la Tourette, *De la superposition des troubles de sensibilité, op. cit.*

nerfs périphériques. Un point sur lequel insiste M. Charcot, c'est que, en matière d'hystérie, les troubles de sensibilité se font beaucoup plus souvent par territoires psychiques que par territoires nerveux proprement dits. Nous savons que ces considérations s'appliquent également aux anesthésies qui, d'ailleurs, dans le déterminisme de la névrose, sont identiques avec les hyperesthésies.

Les hyperesthésies hystériques en territoires géométriques s'observent tout particulièrement dans une catégorie de phénomènes pour lesquels cette question pourrait encore se poser, de savoir si le trouble de sensibilité cutanée n'est pas le premier et le plus important facteur : nous voulons parler des *arthralgies hystériques*. Ici encore, la question, on va le voir, doit être résolue dans le sens de l'ensemble fonctionnel tout entier (1). Nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour toutes ces raisons, que d'en donner immédiatement la description.



Les premières indications des arthralgies, au dire de Briquet (p. 241), se trouveraient dans Fr. Hoffmann, lequel parle d'une hystérique qui « *præsertim in pede et in femore sinistro, circa os ischion, dolorem fere intolerabilem sentiebat, motus pedis impedientem* » .

Mais la description de l'*affection hystérique des jointures* ne date véritablement que de Brodie (2), qui, en 1837, émit à son sujet des vues extrêmement originales, dont bénéficia singulièrement la pathologie générale de la névrose.

Depuis, l'arthralgie hystérique inspira de nombreux

(1) Voy. Morton-Prince, *Association neuroses : a study of the pathology of hysterical joint affections, neurasthenia and allied forms of neuromimesis : The Journal of nervous and mental diseases*, vol. XVI, n° 5, p. 258, mai 1891.

(2) Brodie, *Lectures illustratives of certain local affections*. London, 1837 lect. II : *Various forms of local hysterical affections*. Trad. franç. de D. Aigre, 1880.

travaux, en Angleterre (1) d'abord, puis en France (2), où M. le professeur Verneuil publiait, dès 1859, une observation de coxalgie hystérique et ouvrait, en 1865, une discussion mémorable à la Société de chirurgie. Ensuite vinrent les travaux allemands (3) et italiens (4).

Nous ne ferons que signaler maintenant les travaux plus récents, parmi lesquels il faut noter, en première ligne, les leçons que M. Charcot (5) a consacrées à ces manifestations, et qui nous seront du plus grand secours dans la rédaction de cet article.

Les arthralgies hystériques seraient très fréquentes. « Je n'hésite pas à déclarer, dit Brodie (p. 26), que, dans les classes élevées de la société, quatre cinquièmes des femmes qui se plaignent d'affections articulaires sont simplement atteintes d'hystérie », opinion qui a été également soutenue par Paget.

La statistique de Briquet diffère de la précédente : « Sur

(1) COULSON, *Hysterical affections of the hip joint. London, Journ. of medicine*, t. III, 1851, p. 631. — BARWELL, *A treatise on diseases of the joints*, 1re éd., 1861; 2e éd., 1881 : *On hysteric pseudo-diseases or mock disease of the joints.* — SKEY, *Hysteria... local or surgical forms of hysteria; hysteric affections of joints*, 3e sect. Londres, 1867. — PAGET, *Leçons de clinique chirurgicale.* Trad. L. H. PETIT, 3e leçon. *Affections neuromimétiques des articulations*, p. 274. Paris, 1877. — En Amérique : W. MITCHELL, *Lecture on diseases of the nervous system.* Philadelphie, 1885, 2e éd., p. 218 : *Hysterical joints.*

(2) VERNEUIL, *le Progrès*, 1859. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1865, p. 37, et *Gazette hebdomadaire*, 10 août 1877. — ROBERT, *Conférences de clinique chirurgicale*, chap. XVI : *Coxalgie hystérique.* — GIRALDÈS, *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants*, p. 610. — CROLAY, Thèse de Montpellier, 1865.

(3) ESMARCH, *Ueber Gelenkneurosen*, Kiel, 1872. — BERGER, *Das Lehre von den Gelenkneuralgien : Berl. klin. Wochens.*, 1873, p. 255 (trad. par BLUM, *Arch. gén. de méd.*, 1874, t. I, p. 291). — MEYER, *Ueber Gelenkneurosen : Berl. klin. Wochens.*, 1874, p. 310. — WERNHER, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, vol. I, p. 8-72.

(4) Ang. MINICH, *Della coscialgia nervosa.* Venezia, 1873.

(5) CHARCOT, *Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme : Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 22e et 23e leç. Paris, 1887. — *Ibid. : Arthralgie traumatique du genou*, leçon recueillie par P. BLOCQ : *Progrès médical*, n° 4, 18 janvier 1888. — *Ibid. : Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1891, p. 485, art. 14804.

les 430 malades que j'ai observées, dit-il (p. 242), il ne s'en est trouvé que 15 qui eussent de l'arthralgie : on peut donc considérer cette hyperesthésie comme se produisant rarement, du moins dans les conditions où je me suis trouvé placé. Peut-être est-elle moins rare en Angleterre... » La raison véritable est que Briquet n'a pas considéré comme des arthralgies un grand nombre de faits où il existait de la dermalgie; or ce phénomène, signalé par Brodie et qui mérite de porter son nom, — *signe de Brodie*, — est le plus constant de tous ceux qu'on observe en pareil cas. Cependant, nous croyons, d'après ce que nous avons observé, que l'arthralgie hystérique n'est pas tout à fait aussi fréquente que le voudrait l'auteur anglais.

Brodie l'a notée au poignet, au genou et à la hanche.

« Je l'ai vue, dit Briquet, siéger aux épaules, à toutes les grandes articulations des membres inférieurs et aux poignets ; mais il est certain que la hanche et le genou en sont le siège le plus habituel. Trois fois sur quatre, l'arthralgie occupe les membres inférieurs.

« Ordinairement, l'arthralgie hystérique est monoarticulaire ; cependant, chez 5 de mes 15 malades, elle occupait à la fois, soit les deux épaules, soit toutes les grandes articulations des membres inférieurs. Quand elle ne siège que d'un côté, elle affecte de préférence le côté gauche, ainsi que les autres hyperesthésies. »

M. Charcot (1) a rapporté une statistique plus complète : « De ces arthrodynies hystériques, celle du genou est la plus fréquente de toutes. Sur un total de 70 cas, l'arthralgie aurait occupé 38 fois le genou, 18 fois la hanche, 8 fois le poignet, 4 fois l'épaule, 2 fois le cou-de-pied. »

Les *causes* qui président au développement de ces hyperesthésies sont variables. Souvent il est difficile d'y remonter, car elles sont presque toujours d'origine psychique, et leur mécanisme n'est pas aisé à saisir dans tous les cas. Elles surviennent parfois à la suite d'une attaque convul-

(1) *Progrès médical*, 1888, *op. cit.*

sive succédant à d'autres phénomènes que le paroxysme n'a, en somme, fait que déplacer. Souvent, les malades les rapportent à une chute, à un choc, à une fatigue inusitée après une marche prolongée, et, de fait, le *traumatisme* a une grande influence sur le développement des phénomènes d'hystérie locale. Mais M. Charcot a montré que, pour porter leurs effets, ces traumatismes, souvent insignifiants, devaient s'exercer chez des individus à état mental tout particulier, tels que sont les hystériques, qui à certains moments sont aussi suggestibles que les individus hypnotisés. Il s'agit là de *suggestion traumatique* bien plus que de traumatisme véritable, car, chez tous les traumatisés de cet ordre, il existe, entre le choc lui-même et l'apparition du symptôme hystérique, une période de préparation, de *méditation psychique* qu'il est très important de connaître. C'est, en effet, pendant sa durée qu'on peut intervenir pour faire disparaître des arthralgies, des contractures qui s'essayent et qui, une fois constituées mentalement et physiquement, pourraient bien durer plusieurs années sans interruption.

Dans le même ordre d'idées, Paget a noté la puissance de l'imitation, rapportant l'exemple d'une jeune fille atteinte de coxalgie hystérique, dont le frère était lui-même porteur d'une affection organique de la hanche arrivée à un degré fort avancé.

L'*âge* auquel apparaissent ces arthralgies est fort variable. M. Joffroy, M. le professeur Lannelongue ont communiqué à M. Charcot l'observation de malades chez lesquels l'affection débuta à six et à onze ans. D'autre part, le malade qui servit de thème à l'une des leçons de notre maître était âgé de quarante-cinq ans. Il est à remarquer que ces cas sont fréquents dans le sexe masculin. M. Zénon Glorieux a rapporté un exemple remarquable de coxalgie hystérique observée chez un soldat de l'armée belge (1).

(1) *Un cas de coxalgie hystérique chez un soldat : Communication à l'Académie de médecine de Bruxelles,* 1888. An. in *Progrès médical,* n° 34, juillet 1888, p. 32.

« Jamais, dit Briquet, l'arthralgie hystérique n'est un symptôme primitif, toujours elle se développe chez des sujets depuis longtemps en proie à des affections hystériques. » (P. 242.) De nombreux faits, à commencer par celui de M. Charcot, viennent aujourd'hui à l'encontre de cette opinion : l'arthralgie hystérique peut être une des premières manifestations de la névrose.

*
* *

Quel que soit le mode de début de l'arthralgie, insidieux ou rapide, ce dernier étant de beaucoup le plus fréquent, quel que soit son siège, le phénomène le premier en date et qui persiste avec le plus de ténacité, est la *douleur*. Presque en même temps, se montre une contracture, généralement très accentuée, des muscles *fonctionnels* de l'articulation, laquelle peut se généraliser au membre tout entier. Dans ces conditions, l'impotence du membre ne tarde pas à survenir, bien que l'arthralgie puisse rester à l'*état douloureux* seul, pendant quelque temps tout au moins.

Brodie a donné de cette douleur une description qui mérite d'être rapportée dans son entier, tant elle est importante. Ce passage renferme, en outre, les éléments du diagnostic différentiel avec la coxalgie organique. C'est surtout, dans ce paragraphe, l'affection hystérique de la hanche que nous aurons en vue; car, de toutes les arthralgies liées à la névrose, c'est incontestablement celle qui prête le plus aux erreurs de diagnostic.

« Souvent, dit Brodie, c'est à l'articulation de la hanche que siège la douleur, et ce n'est que par un examen minutieux qu'on peut, dans ce cas, faire le diagnostic d'avec une affection des os ou des cartilages. Vous rencontrerez de la douleur à la hanche et dans le genou, douleur qui est augmentée par la pression et par le mouvement; la malade reste étendue sur un lit ou sur un divan en conservant toujours la même position. Vous vous dites que ce sont là les signes d'une affection de la hanche. Mais poussez plus loin

l'observation : la douleur est rarement limitée à un point, elle s'étend à tout le membre. La malade fait des grimaces et pousse quelquefois des cris si vous exercez une pression sur la hanche; mais elle le fait aussi si vous pressez sur l'os coxal, ou la région lombaire, ou la cuisse, ou même la jambe jusqu'au niveau des malléoles. *Partout la sensibilité morbide siège dans l'enveloppe cutanée :* si vous pincez la peau jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, la malade se plaint plus que si vous poussiez la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. »

C'est donc dans la peau que réside, pour la plus grande partie tout au moins, l'hyperesthésie douloureuse, qui revêt alors, suivant l'expression de M. Charcot, une disposition géométrique.

En ce qui regarde l'arthralgie coxale, le territoire cutané hyperesthésique est représenté par une sorte de triangle dont le sommet serait à la racine des bourses, ou à la naissance du mont de Vénus chez la femme, et dont la base, s'élargissant de plus en plus, parallèlement au pli de l'aine qu'elle a pour centre de direction, contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, empiétant quelquefois assez haut sur la région hypogastrique.

S'il existe une arthralgie du genou avec contracture, — car, nous le répétons, toutes ces arthralgies s'accompagnent presque immédiatement de contractures du groupe musculaire fonctionnel appartenant à la jointure, — la ligne d'hyperesthésie se limite circulairement à un travers de main en dessus et en dessous de l'interligne articulaire, s'élevant toujours un peu plus haut vers la racine du membre. Il en est de même pour l'articulation du cou-de-pied; de même pour le membre supérieur, où elle se limite en manchon pour l'épaule, en brassard pour le coude ; de même pour toutes les articulations.

L'hyperesthésie, comme l'anesthésie (1), semble donc,

(1) Nous avons, dans un cas qui a été publié, observé une singulière dissociation ou mieux perversion de la sensibilité au niveau des arthralgies. Chez une malade, dans les territoires géométriques correspondant aux zones

dans ces cas, se superposer à la fonction, de même que dans les spasmes des muscles de la face et du cou, qui sont si particulièrement individualisés, la zone hyperesthésique ou anesthésique, avons-nous dit, est arrondie dans les spasmes de l'orbiculaire des paupières ou s'étend sur le trajet exact du sterno-mastoïdien dans les cas de torticolis hystérique.

Ces hyperesthésies ou ces anesthésies en territoires géométriques ont encore ceci de particulier que, de même qu'elles devancent — lorsqu'on observe bien — l'abolition de la fonction, ainsi elles persistent encore assez longtemps après le rétablissement de cette fonction à laquelle elles étaient superposées. C'est un point sur lequel M. Charcot a beaucoup insisté, comme nous le verrons, à propos du pronostic de la coxalgie hystérique.

Nous avons montré, pour notre part, qu'on devait toujours craindre les retours offensifs de la contracture de l'orbiculaire des paupières (blépharospasme hystérique), tant qu'il persistait des troubles de sensibilité dans la zone d'action de ce muscle. On ne saurait nier, dans ces conditions, les rapports qui unissent l'arthralgie ou la contracture aux troubles de la sensibilité, et c'est là un élément précieux d'appréciation au point de vue du pronostic. Lorsque les arthralgies siègent sur un côté du corps déjà hyperesthésique, il est clair que l'hyperesthésie étant généralisée à ce côté, on n'observera pas les localisations géométriques que nous venons de décrire.

Mais revenons à l'arthralgie coxale. Au point de vue qui nous occupe, Brodie dit encore : « La douleur est plus

articulaires que nous décrivons, il existait, se superposant aux arthralgies, une sensibilité exquise au toucher, accompagnant une même zone géométrique d'anesthésie complète à la piqûre ; il était difficile d'apprécier s'il existait également de l'anesthésie à la chaleur ou au froid, vu que l'instrument explorateur devait porter sur une surface cutanée assez large, à l'encontre de l'aiguille, et déterminer de la douleur par simple contact. L'examen doit donc être très attentif pour qu'on puisse préciser exactement quel est l'état de la sensibilité dans les arthralgies. — GILLES DE LA TOURETTE, *De la superposition des troubles de sensibilité et des spasmes, op. cit. : Nouvelle Icon. de la Salpêtrière,* p. 116 et 117, obs. I.

forte, quand la malade voit l'examen auquel on la soumet; si, au contraire, quelque chose vient à la distraire, c'est à peine si elle profère une plainte. »

Cela indique bien le mécanisme psychique de la douleur; mais, dans beaucoup de cas, celle-ci est assez intense, assez ancrée dans l'esprit du malade, pour que, même à son insu, on puisse la déterminer. La zone hyperesthésique peut d'ailleurs s'exalter au point de devenir hystérogène. C'est ainsi que, dans une observation de M. Lannelongue communiquée à M. Charcot, « *on ne pouvait toucher au membre sans que l'enfant fût pris d'une véritable attaque de nerfs* ».

Dans cette même leçon, M. Charcot disait à ses auditeurs : « Vous voyez que si l'attaque hystérique n'existe pas chez notre malade, on peut chez lui, tout au moins, provoquer des phénomènes d'aura qui, dans la règle, la précèdent, par l'excitation de véritables zones hystérogènes dont les unes occupent la peau qui recouvre les jointures de la hanche et du genou, tandis que les autres, situées plus profondément, paraissent siéger, soit dans la synoviale, soit dans la capsule articulaire. »

Phénomène négatif, mais qui n'en a pas moins une grande valeur, Brodie remarque encore qu'il n'existe pas, dans la coxalgie hystérique, ces élancements nocturnes douloureux qui réveillent les enfants atteints de coxo-tuberculose.



L'attitude et la déformation du membre sont variables. Dans l'arthralgie du genou et du coude, le membre est généralement dans la demi-flexion. Dans celle de l'épaule, le bras est porté en adduction forcée le long du corps; pour le cou-de-pied, l'attitude est plus variable. Dans la coxalgie hystérique, l'attitude et la déformation peuvent simuler exactement celles de la *coxalgie organique* (Charcot) : raccourcissement apparent, adduction et rotation en dedans, ou ensuite abduction avec rotation en dehors.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et souvent, quelle que soit l'articulation atteinte, on note que la contracture s'étend à *tout* le membre, qui se place alors en extension directe comme dans un cas observé par Huet (1). Il existe là ce quelque chose d'*excessif*, d'*outré*, que présentent si fréquemment les déterminations hystériques. C'est ainsi que l'adduction et la rotation en dedans peuvent se combiner avec un degré tel de flexion, que le genou vienne directement s'appliquer au tronc.

Dans une observation de coxalgie hystérique recueillie dans le service de M. Verneuil, Bach (2) signale l'*allongement* apparent du membre (par contracture du carré des lombes), le raccourcissement apparent étant d'ailleurs, ainsi qu'il le dit lui-même, beaucoup plus fréquemment observé.

La claudication (3) n'offre pas, dans la coxalgie hystérique, la même importance que dans la coxo-tuberculose, dit M. Plicque (4). « En effet, dans la plupart des cas, l'impotence fonctionnelle se trouve d'emblée complète; les malades restent confinés au lit sans passer par une période de boiterie plus ou moins longue. Rien n'est plus difficile que de les décider à se lever pour faire quelques pas. Chez ceux qui continuent à marcher pendant un certain temps, on observe la même exagération dans la claudication que dans les autres symptômes. Celle-ci est d'emblée très marquée, avec de brusques saccades, des menaces de chute continuelles. L'irrégularité des saccades peut même constituer un type de boiterie choréiforme, type particulier à la coxalgie nerveuse. Mais, en général, la claudication est reléguée au second plan, bien en arrière des autres symptômes, douleurs et contractures. »

(1) Huet, *Coxalgie hystérique suite de traumatisme : Progrès médical*, n°s 17 et 19, avril 1886. — Dans ce cas particulier, le signe de Brodie faisait défaut, ce qui est rare, et la douleur ordinaire du genou siégeait dans le creux poplité.

(2) Bach, *De la coxalgie hystérique*. Thèse de Paris, 1874.

(3) Broussolle, *La claudication chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1885-1886, p. 64.

(4) *Les coxalgies hystériques : Gazette des hôpitaux*, 6 juin 1891, p. 609.

Ce que nous venons de dire s'appliquait surtout à l'arthralgie coxale : ce qui va suivre est commun à toutes les arthralgies hystériques.

La peau qui recouvre la jointure, ou mieux les territoires hyperesthésiques et contracturés, garde presque toujours son aspect normal. Cependant, elle peut subir des modifications.

« Je fus consulté par une jeune fille, dit Brodie, qui se plaignait d'une grande douleur et d'une grande sensibilité dans le genou, sans qu'il y ait eu, au début, le moindre gonflement de l'articulation. Les remèdes que je lui prescrivis n'amenèrent aucun soulagement : au bout de quelque temps, il survint une légère tuméfaction qui semblait tenir à une *extravasation de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané*. La malade se trouvait dans le même état depuis un temps assez long, quand elle fut prise de violentes crises d'hystérie... »

Il s'agit là de cet œdème hystérique mentionné par Sydenham et dont nous avons été l'un des premiers, sous l'inspiration de M. Charcot, à donner la description (1).

Ces troubles trophiques de la peau, qu'entretiennent ou que déterminent, ainsi que l'a montré M. Charcot (2), les topiques : vésicatoires, teinture d'iode, pommades irritantes qu'on s'évertue à mettre sur la jointure douloureuse, pourraient en imposer singulièrement pour la rougeur de l'abcès qui va apparaître dans l'hypothèse d'une arthrite organique. Aussi Brodie s'efforce-t-il déjà d'en élucider le diagnostic différentiel.

« On constate quelquefois, dit-il, une tuméfaction générale de la cuisse et des fesses qui est due, soit à un engorgement vasculaire, soit à une extravasation séreuse dans le tissu cellulaire ; mais ce gonflement ne ressemble aucunement à celui qui accompagne un abcès.

(1) Gilles de la Tourette et Dutil, *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie, Atrophie musculaire et œdème : Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, n° 6, 1889.

(2) *Op. cit. : Progrès médical*, 1888.

« Dans quelques cas très rares, le gonflement est plus circonscrit; mais ici, non plus, il ne ressemble en rien à celui d'un abcès. On ne perçoit aucune fluctuation, et je ne puis trouver de meilleure comparaison que celle d'un bouton d'urticaire qui se serait très étendu. Un examen minutieux permettra toujours de distinguer ces gonflements d'un abcès. Il m'est arrivé souvent, pour convaincre mes auditeurs, de faire une ponction capillaire dans ce genre de tuméfaction pour montrer qu'il n'y avait pas de pus. »

La pathogénie de ces phénomènes s'éclaire singulièrement, aujourd'hui, à la lueur des connaissances que nous avons acquises sur les troubles trophiques dans l'hystérie (1). Elle nous permettra de comprendre comment il peut exister encore des troubles trophiques plus profonds qui, il est facile de le concevoir, viendront singulièrement embrouiller le diagnostic.

Les muscles du membre où siège l'arthralgie peuvent, en effet, subir une atrophie analogue à celle que Valtat (2) a étudiée dans les arthrites organiques, atrophie musculaire hystérique que MM. Charcot et Babinski (3) ont mise en lumière et qui peut même s'accompagner de réaction, de dégénérescence et de secousses fibrillaires (4). Cette atrophie se montre, — beaucoup plus rarement toutefois que dans les arthrites organiques, — quelle que soit l'articulation atteinte : comme dans le cas de Charcot, où il s'agissait d'une arthropathie du genou, dans celui de Ballet (5) et de

(1) Voy. la thèse d'Athanassio : *Des troubles trophiques dans l'hystérie*, Paris, 1890, faite sous notre direction dans le service de M. Charcot.

(2) Valtat, *De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations*. Thèse de Paris, 1877.

(3) Charcot, *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques; Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 477, et Babinski, *Archives de neurologie*, n°s 34 et 35, 1890.

(4) Gilles de la Tourette et Dutil, *Contribution à l'étude des troubles trophiques, op. cit.*

(5) Ballet, *Coxalgie hystérique avec atrophie musculaire : Société médicale des hôpitaux*, 28 juin 1889.

Bœckel (1), qui se rapportaient à une coxalgie hystérique. Ce dernier est des plus intéressants.

Une malade, âgée de vingt-huit ans, souffrait, depuis six ans, d'une coxalgie hystérique qui, pendant quatre ans, ne l'avait pas empêchée de vaquer à ses occupations. Bœckel la traita par l'application d'appareils inamovibles, pratique qui, disons-le, en matière d'hystérie, est tout à fait condamnable. Dans la salle où elle était couchée, se trouvait un enfant atteint de périostite phlegmoneuse qui nécessita l'amputation de la cuisse. L'enfant guérit, et sa santé devint florissante. L'hystérique tourmenta alors tellement le chirurgien, que celui-ci finit par accéder à ses désirs et pratiqua la désarticulation du membre inférieur.

L'examen anatomique fait par M. Gross, professeur agrégé, montra que les muscles, et particulièrement ceux de la partie externe de la jambe, étaient pâles : ceux de la cuisse étaient plus colorés et se rapprochaient davantage de l'état normal. Nous reviendrons, du reste, sur les résultats de cette *biopsie*.

Il peut donc exister de l'atrophie musculaire dans les arthralgies hystériques. Celle-ci même nous a semblé avoir des caractères particuliers (2). Dans les arthrites organiques, l'atrophie porte surtout sur les muscles extenseurs de l'article : sur les fessiers dans la coxalgie, sur le triceps dans l'arthropathie du genou. Or, dans le cas de Charcot (3), où le genou était pris, il est dit que « les muscles de la jambe, comme ceux de la cuisse et, en particulier, le biceps, sont manifestement atrophiés ». Dans le cas de Bœckel, au lieu des fessiers, ce sont les muscles de la jambe qui sont surtout envahis par la dégénérescence.

La disposition de l'amyotrophie dans l'arthralgie hysté-

(1) Boeckel, *Coxalgie hystérique, Désarticulation de la cuisse, Lésions anatomiques : Gazette médicale de Strasbourg*, 1870.

(2) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 4e leçon : *Sur l'atrophie musculaire consécutive au rhumatisme articulaire chronique*.

(3) *Ibid. : Progrès médical*, 1888.

rique semble donc beaucoup moins précise, mais peut-être plus étendue, par exemple, à l'instar de la contracture, qui s'étend volontiers à tout le membre, au lieu de rester localisée aux muscles fonctionnels de l'articulation.

Enfin, cette amyotrophie est beaucoup plus rare que dans l'arthrite organique. Brodie ne l'a jamais observée, car il dit, en parlant de la coxalgie hystérique, « qu'il n'y a pas d'amaigrissement des muscles fessiers, qui ont conservé leur forme ».

Notons encore que M. Charcot, faisant remarquer à ses auditeurs que « la *rigidité* occupe, dans le cas actuel, non seulement la hanche, mais aussi le genou et même le cou-de-pied », phénomènes qui n'appartiennent pas à la coxalgie vulgaire, leur signalait de plus « le refroidissement relatif et la teinte violacée des parties, surtout prononcés au genou et à la jambe », qui ressortissent aussi aux troubles trophiques de l'hystérie (1).

A cette période d'état, il est un procédé d'investigation qu'il ne faudra jamais négliger, car, entre les mains de Verneuil et de Charcot, il a donné les meilleurs résultats : nous voulons parler de l'examen de la jointure pendant le sommeil chloroformique.

L'anesthésie doit être poussée à fond, de façon que la contracture disparaisse absolument, et alors, à l'inverse de ce qui existe dans les affections organiques, on constate que la jointure est libre de toutes adhérences, en un mot, qu'elle est saine. Cette intégrité de l'article a été vérifiée plusieurs fois, anatomiquement.

« Georget (*Dictionnaire de médecine,* t. XXI, p. 177) rapporte, d'après Pomme, un cas d'hystérie dans lequel il y avait une rétraction spasmodique de la cuisse qui fut traitée pour une luxation spontanée; la malade guérit, mais, au bout de quelque temps, les mêmes accidents revinrent après une frayeur vive et se calmèrent quelque temps après. La malade mourut au bout de peu de temps,

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, *op. cit.,* p. 380.

et, à l'autopsie, on trouva l'articulation coxo-fémorale saine (1). »

Brodie (2) cite trois cas d'arthralgie hystérique du genou pour lesquels on fit l'amputation du membre malade : trois fois l'articulation fut trouvée saine.

Dans un de ces cas, le chirurgien, qui était Herbert Mayo, pratiqua, après l'amputation du genou, la désarticulation de la cuisse, la douleur étant venue se fixer sur la hanche : l'articulation coxale était encore indemne de toute lésion. Il en fut de même, dans un cas d'arthralgie du genou opérée par Coulson (3).

L'examen de la jointure, sous le chloroforme, est donc négatif. M. Charcot a montré, de plus, que le mode de réapparition des phénomènes douloureux pendant la période du réveil était très important au point de vue du diagnostic.

Parlant de son malade, il dit (4) : « Pendant la période du réveil, la raideur commença à reparaître à un certain degré dans les muscles malades *avant qu'aucune manifestation douloureuse se montrât du côté de la jointure. La sensibilité de la peau était déjà, en partie, revenue,* le malade commençait à répondre à quelques questions, alors que la sensibilité des parties profondes (percussion du trochanter, du talon) n'était encore nullement exagérée. *C'est donc l'hyperesthésie qui s'est produite en dernier lieu.* Mais, lorsque le réveil fut devenu complet, c'est-à-dire au bout de vingt à vingt-cinq minutes, la déformation, la douleur, la claudication redevinrent absolument ce qu'elles étaient avant la chloroformisation. »

Il est incontestable que la réapparition des douleurs, dans un cas de coxalgie organique, se fût effectuée d'une façon exactement inverse, des parties profondes vers les parties superficielles.

(1) Citation BRIQUET, *op. cit.*, p. 244.
(2) BRODIE, trad. franç., p. 55-56.
(3) COULSON, *op. cit.*, p. 631.
(4) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, *op. cit.*, p. 387.

Nous avons dit que l'articulation était indemne dans l'arthralgie hystérique. Il pourrait cependant se faire qu'il en fût autrement. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Il existe, du côté des os et des surfaces articulaires, des troubles trophiques d'origine hystérique analogues à ceux qu'on observe du côté de la peau et des muscles. Ces cas doivent être fort rares : peut-être, cependant, les considérations qui suivent leur sont-elles applicables.

2° Lorsqu'en effet, l'articulation a été immobilisée pendant longtemps, on conçoit qu'il puisse exister des ankyloses fibreuses (Bœckel) analogues à celles qui surviennent, ainsi que l'a montré M. Charcot (1), autour des anciennes contractures hystériques. On peut observer, concurremment, dans les arthralgies hystériques, que « les os sont seulement légers, peu résistants à la scie, ainsi que cela se voit communément sur les membres qui sont restés longtemps immobilisés ». (Cas de Coulson.) Ces os peuvent avoir subi un certain degré d'atrophie graisseuse (Bœckel). Le cartilage peut être « seulement usé sur un point de très petite étendue » (Brodie). En somme, toutes ces lésions bien légères n'ont rien de caractéristique et peuvent parfaitement être rapportées à l'immobilisation prolongée.

3° Il est enfin des cas où il existe, du côté de la jointure, des lésions organiques véritables, rhumatismales et surtout tuberculeuses auxquelles se superpose la détermination dynamique de l'hystérie.

« Il s'agit alors, dit M. Charcot (p. 388), d'une *forme mixte hystéro-organique* ou organico-hystérique, comme vous voudrez l'appeler.

« Cette forme mixte existe-t-elle en réalité dans la clinique? Oui, très certainement, et peut-être est-elle même plus fréquente qu'on ne le croit, bien que, si je ne me trompe, les auteurs la passent sous silence... Chez un sujet hystérique, lorsqu'une affection organique se développe,

(1) *Rétractions fibro-tendineuses dans les paralysies spasmodiques par lésions organiques spinales et dans la contracture spasmodique hystérique : Bulletin médical,* 23 mars 1887.

les symptômes relatifs à chacune des deux affections peuvent se combiner de manière à constituer un métis pathologique dont l'histoire naturelle doit être bien connue du clinicien. »

Dans ces cas, le chloroforme permettra évidemment d'éclairer la situation, étant donnée l'importance si minime des lésions qu'on observe parfois dans l'arthralgie hystérique qui dure déjà depuis plusieurs années, lésions qui étaient nulles dans le cas de coxalgie observé par M. Charcot, lequel se prolongeait depuis trois ans.

« A côté de ces formes mixtes par lésions tuberculeuses de la hanche chez des sujets nerveux, dit M. Plicque (1), M. Cazin a bien voulu nous signaler une autre forme dont le diagnostic n'est pas moins difficile. Dans cette forme, il existe déjà une arthrite ou une ostéite tuberculeuse d'un point éloigné du membre inférieur, le pied le plus ordinairement, quand apparaissent les contractures et les douleurs de la hanche. L'idée la plus naturelle, celle d'une coxo-tuberculose surajoutée à la lésion tuberculeuse persistante, est loin d'être toujours vraie. Bien souvent, il ne s'agit que d'une action réflexe produite sur la hanche par la lésion éloignée, et que M. Cazin compare très justement à l'action réflexe de certains traumatismes. C'est dans ces cas surtout que le chloroforme doit intervenir en y joignant un examen local approfondi. »

Quelle que soit l'interprétation donnée, cette forme associée était intéressante à signaler.



La durée des arthralgies hystériques, et particulièrement de la coxalgie, peut être fort longue, de quelques mois à plusieurs années. La malade de Bœckel souffrait depuis six ans de sa hanche lorsqu'il l'opéra, et l'affection ne tendait pas vers la guérison, bien au contraire. Le coxalgique

(1) Plicque, *Les coxalgies hystériques : Gazette des hôpitaux*, 1891, n° 66, p. 611.

de M. Charcot n'était pas guéri, près de trois ans et demi après le début de son affection.

Cette ténacité explique l'état mental dans lequel tombent certains malades qui, désespérant de guérir, réclament à grands cris une intervention chirurgicale, laquelle, malheureusement, nous l'avons vu, ne leur est pas toujours refusée.

Dans ces cas, l'arthralgie n'est pas toujours permanente ; elle procède parfois par soubresauts, par *récidives,* dans les intervalles desquels il semble que le membre se soit complètement débarrassé de sa localisation morbide. Dans ces circonstances, il ne faut pas, cependant, se hâter de proclamer la guérison complète, et la constatation ou l'absence de certains signes que nous avons indiqués rendront, au point de vue du pronostic ferme, les plus grands services. M. Charcot, nous le répétons, a montré que, lorsqu'une anesthésie ou une hyperesthésie en territoire géométrique se superpose à une paralysie ou à une contracture, avec ou sans arthralgie, les troubles de sensibilité persistent toujours quelque temps après la disparition du symptôme fonctionnel. Tant qu'existent les troubles de sensibilité, on peut, et l'on doit craindre le retour offensif de l'affection. Ces considérations s'appliquent d'elles-mêmes au pronostic des arthralgies hystériques dans les jours qui suivent leur disparition, apparente tout au moins.

Comme tous les accidents hystériques, les arthralgies peuvent guérir subitement. « Dans le *Christian observer* de novembre 1830, dit Brodie, nous trouvons la relation du cas de miss Jancourt. Depuis de longues années, elle était condamnée à l'immobilité par suite d'une affection de la hanche, de nature hystérique. Son confesseur ayant récité des prières à son intention ; elle se leva subitement et descendit souper, au grand étonnement de toute la famille. »

Crolay (1) rapporte l'histoire d'une religieuse guérie mira-

(1) Thèse de Montpellier, 1865.

culeusement, à la fin d'une neuvaine, d'une coxalgie hystérique, et aussi celle d'une jeune fille atteinte de la même affection qui disparut pendant que les médecins prenaient rendez-vous pour l'application d'un appareil.

A la Salpêtrière, jamais les arthralgies survenues dans le service, à la suite d'une chute ou de toute autre cause, ne persistent plus que quelques instants. La guérison est obtenue immédiatement par un procédé que nous indiquerons au chapitre général du traitement.

*
* *

Les hyperesthésies en territoires irrégulièrement disséminés, ou zones hyperesthésiques proprement dites, peuvent affecter les dispositions les plus variées. Cependant, un certain ordre préside habituellement à leur répartition. Ce qui veut dire qu'elles affectent tout particulièrement certaines localisations habituelles, bien qu'elles puissent siéger sur tous les points du corps : tronc, tête et membres. Nous en avons même observé une exactement localisée au gros orteil ; il est vrai de dire qu'elle se superposait à une contracture.

La raison d'être, le pourquoi de la localisation de la grande majorité de ces zones échappe complètement à notre interprétation ; cependant, dans certains cas, nous pouvons remonter au mécanisme psychique qui a fait naître quelques-unes d'entre elles.

Dans ses *Leçons du mardi* (1889, p. 261), M. Charcot rapporte l'histoire d'un individu qui, étant en partie de pêche, tomba à l'eau en jetant l'épervier ; la corde du filet s'enroula autour du membre inférieur gauche et retint assez longtemps le pêcheur au fond de l'eau pour que ce fût avec la plus grande peine qu'on le ramenât consécutivement à la vie. A l'endroit où avait porté la compression, c'est-à-dire sur toute la face interne de la cuisse gauche, se développa une plaque d'hyperesthésie sur laquelle M. Charcot attirait l'attention de ses auditeurs. Le plus simple

frôlement était péniblement ressenti, et, comme la tension normale de la peau était elle-même douloureuse, le malade tenait le membre inférieur en demi-flexion ; l'hyperesthésie s'accompagnait de claudication.

Dans le même ordre d'idées, et pour bien mettre en vue ce mécanisme psychique, nous citerons le cas de Pitres (1), relatif aux hallucinations d'une malade « qui reçoit de temps en temps la visite imaginaire d'une vieille femme qui la touche en différents points du corps, et, sur tous les points touchés, il se développe des *zones hyperalgésiques* qui persistent pendant plusieurs jours ». Nous aurons à revenir sur ces faits.

Mais, le plus souvent, avons-nous dit, les zones hyperesthésiques apparaissent spontanément sans causes connues, et, dans ces cas, elles affectionnent assez particulièrement des régions déterminées, revêtant une symptomatologie assez spéciale, suivant leur lieu d'élection. Nous étudierons les plus importantes d'entre elles ; mais comme très souvent ces zones sont à la fois hyperesthésiques et hystérogènes, nous allons immédiatement nous occuper de ces dernières. Ainsi donnerons-nous une unique description des zones hyperesthésiques et des zones hystérogènes des muqueuses et des viscères.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas de différence entre ces deux variétés de zones? Certainement non, et il peut y en avoir de très grandes. On se rappelle, en effet, que l'un des caractères des zones hyperesthésiques est l'exquise sensibilité que l'on provoque par le simple frôlement de la peau. Or, il est loin d'en être toujours ainsi pour les zones hystérogènes, puisque « l'un des caractères distinctifs les plus importants est le suivant : tandis que, dans la dermalgie, la sensibilité cutanée est exaltée, au niveau des zones hystérogènes la peau a généralement perdu toute sensibilité au toucher, au pincement, à la piqûre, etc. (2) ».

(1) *Leçons cliniques sur l'hystérie, op. cit.*, t. II, p. 39.

(2) Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière,* 1879-1880, p. 37.

Mais, dans un grand nombre de cas, l'hyperesthésie existe, et en procédant ainsi nous éviterons bien des redites fastidieuses.

II

L'intérêt qui s'attache à la connaissance des zones hystérogènes est si considérable qu'il nous sera permis de prendre la question d'un peu haut.

C'est à M. Charcot, ainsi que l'établit M. Buet dans sa thèse inaugurale (1), qu'appartiennent « le nom et la chose ».

M. Pitres, qui a fait (2) et inspiré à ses élèves Gaube (3) et Lichtwitz (4) les meilleurs travaux sur la question qui nous occupe, expose en ces termes les recherches entreprises par le chef de l'École de la Salpêtrière (p. 7) :

« C'est à M. le professeur Charcot qu'on doit la découverte des zones hystérogènes. En 1873, dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux,* l'éminent professeur de la Salpêtrière décrivit l'hyperesthésie ovarienne des hystériques. Il montra, à ce propos, que, dans un bon nombre de cas, l'attaque hystérique est précédée par une *aura* dont le point de départ se trouve dans la région ovarienne; que la pression de cette région peut, chez certaines malades, provoquer l'explosion de l'attaque convulsive; enfin que, très fréquemment, les convulsions hystériques peuvent être instantanément arrêtées par la pression brusque de la région ovarienne hyperesthésiée.

« Quelques années plus tard (1879), M. Charcot remarqua que la région ovarienne n'était pas la seule dont l'excita-

(1) *Des zones hystérogènes.* Paris, 1881.

(2) *Des zones hystérogènes et hypnogènes, des attaques de sommeil.* Bordeaux, 1885.

(3) *Recherches sur les zones hystérogènes.* Thèse de Bordeaux, 1882.

(4) *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens, et les zones hystérogènes des muqueuses.* Thèse de Bordeaux, 1887.

tion fût capable de provoquer ou d'arrêter les attaques d'hystérie, mais qu'il existait, au contraire, très souvent, sur la surface du corps des hystéro-épileptiques, des régions circonscrites dont la pression pouvait provoquer des effets analogues à ceux de la compression de la région ovarienne.

« Sans doute, avant les recherches de M. Charcot, il existait dans la science quelques observations dans lesquelles il était indiqué que l'excitation de certains points du corps des hystériques avait pu donner lieu à l'explosion immédiate des convulsions... Mais c'étaient là des cas isolés, sans lien commun et, par conséquent, sans portée scientifique. »

C'est encore dans les épidémies de possession démoniaque qu'il faut chercher les premiers indices des zones hystérogènes, et en particulier dans le lugubre drame de Loudun (1634), où l'on retrouve les manifestations les plus variées de l'hystérie.

Pilet de la Ménardière (1) nous a laissé une très curieuse liste des religieuses et des séculières qui furent ainsi possédées. Il nous indique nettement les endroits occupés par les démons, ce qu'on pourrait aujourd'hui traduire par les différentes parties du corps d'où partaient les sensations prémonitoires de l'attaque.

« Sœur Jeanne des Anges, supérieure, est possédée par sept diables dont trois furent chassés le samedy 20 may 1634, et firent pour gage trois ouvertures en son costé droict. Les quatre autres sont : Léviathan, qui a sa résidence au milieu du front; Béhérit, sa résidence en l'estomac; Balaam, à la deuxième coste du costé droict; Isaacaron a sa résidence sous la dernière coste du costé droict... »

Sœur Jeanne était moins favorisée, car « elle n'a qu'un démon, nommé Cerbère des Principautés, qui a sa résidence au-dessous du cœur ».

(1) *La démonomane de Loudun*, 1634, cité par G. Legué, *Documents pour servir à l'histoire médicale des possédées de Loudun*. Thèse de Paris, 1874, p. 53.

Par contre, Sœur Claire de Sazilli, celle qu'on nommait le *Beau petit diable* (1), et qui était en proie à des attaques presque incessantes, en possédait huit, la plupart siégeant aux places les plus usuelles des zones hystérogènes : « Le premier, Zabulon des Throsnes, est au milieu du front; le deuxième, Nephtali des Throsnes, au bras droit; le troisième est un diable nommé *Sans fin,* autrement Grandeur des Dominations, qui a sa résidence à la deuxième coste du costé droict; le quatrième, Élimi des Vertus, au costé de l'estomach ; le cinquième est l'ennemy de la Vierge des Chérubins, il a sa résidence au-dessous du col ; le sixième, Pollution des Chérubins, a sa résidence au-dessous du cœur ; le septième, Verrine des Throsnes, a sa résidence à la tempe gauche ; le huitième, Concupiscence des Chérubins, à la tempe droite.

« Les autres religieuses, quoique possédées, n'ont pu dire le lieu de résidence des démons. »

Mais, avant la possession de Loudun, on savait empiriquement arrêter les attaques convulsives, en comprimant certaines parties du corps, en particulier la région ovarienne.

« Willis, dès le dix-septième siècle, dit M. Charcot (2), dans son *Traité des maladies convulsives* (3), s'exprimait ainsi qu'il suit : « Il est certain que le spasme convulsif qui vient du ventre est arrêté, et qu'on l'empêche de monter au cou et à la tête par une *compression de l'abdomen,* faite à l'aide des bras enlacés autour du corps ou à l'aide de draps bien serrés. » Il raconte, ailleurs, être parvenu, lui-même, à arrêter un accès par une pression énergique exécutée avec les deux mains réunies sur le bas-ventre. Déjà Mercado (1513) avait, depuis longtemps, conseillé les *frictions sur le ventre* dans le but de réduire la matrice, qu'il supposait se

(1) Voy. Legué et Gilles de la Tourette, *Sœur Jeanne des Anges,* etc.

(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux : De l'hyperesthésie ovarienne,* 3e éd., 1877, p. 333.

(3) *De morbis convulsivis,* t. II, p. 34.

déplacer, suivant la doctrine ancienne (1). Un de ses compatriotes, Monardès, procédait, paraît-il, plus résolument; il plaçait pendant l'accès, sur le ventre des malades, une grosse pierre. »

Nous retrouvons quelque chose d'analogue à cette pratique, dans les *secours* qu'on distribuait si libéralement aux malheureuses convulsionnaires de Saint-Médard, en leur déchargeant sur le ventre d'énormes coups de pesants chenets qui les soulageaient fort, à ce qu'elles prétendaient du moins.

Cette pratique de la compression ovarienne ne se répandit que très peu. Boerhaave, seulement, la conseille : « Elle doit être produite, suivant lui, à l'aide d'un coussin fortement serré par des draps placés entre les fausses côtes et la crête iliaque. On soulage ainsi, dit-il, presque à coup sûr, les malades, pourvu que la sensation du globe n'ait pas encore dépassé le diaphragme (2). »

Cependant, c'était de cette façon que devait souvent procéder, empiriquement, Mesmer pour faire apparaître (et peut-être disparaître) les *crises* qu'il provoquait chez ses malades.

Dans une aquarelle de la collection de M. Charcot, que nous avons interprétée avec quelques autres documents de même nature (3), nous voyons, en effet, le pontife du magnétisme appuyer sa main sur la région ovarienne d'une malade qui lui dit :

> Ah ! je conçois qu'il n'est rien tel
> Que ce fluide universel.
> J'aime fort qu'on me magnétise.
> Appuyez, docteur, j'entre en crise.

Mais il faut arriver à Brodie (4), pour voir la question

(1) D.-L. Mercatus, *Opera*, t. III : *De virginum et viduarum affectionibus*, p. 546. Francof., 1620.

(2) Charcot, *loc. cit.*

(3) Gilles de la Tourette, *Documents satiriques sur Mesmer : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. II, nos 1, 2, 1889.

(4) *Loc. cit.*, p. 43.

se préciser. Une demoiselle de trente-deux ans vint le trouver pour des « accès » très douloureux qui n'offraient, d'ailleurs, rien de très particulier; mais ce que le cas offrait de spécial « et qui fit qu'on vint me consulter, dit-il, était ceci : il y avait un point spécial, près du cartilage ensiforme, qu'elle croyait présenter une relation quelconque avec sa maladie. L'examen le plus minutieux ne montrait rien de spécial en ce point, mais la pression du doigt ne manquait jamais de faire éclater un des paroxysmes dont je viens de parler. » Chez une deuxième malade, il existait un point de même nature et situé dans la même région.

Jusqu'aux recherches de M. Charcot, la connaissance des zones hystérogènes ne sera pas davantage approfondie, malgré les travaux de Schutzemberger et de Briquet, que nous retrouverons en traitant de certaines zones (ovaralgie et rachialgie); sans oublier Bernutz, qui, dans son article du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (1874), signale les points apophysaires (reconnus antérieurement par Willig et Turck) hyoïdien et épigastrique. Mais, déjà, les travaux de M. Charcot ont vu le jour, et, devant la clarté qui s'est faite, les travaux précités ne méritent plus que de prendre place dans l'historique de la question (1).



Avec M. Pitres, nous définirons les zones hystérogènes « des régions circonscrites du corps, douloureuses ou non, d'où partent souvent, pendant les prodromes, des attaques

(1) Outre la leçon fondamentale *sur l'hyperesthésie ovarienne,* les idées de M. Charcot sur les *zones hystérogènes* ont été plus particulièrement exposées par MM. BOURNEVILLE et REGNARD : *Iconographie photographique de la Salpêtrière,* t. III, 1879-1880. — P. RICHER, *Études cliniques sur la grande hystérie,* 1re éd., 1881. — BUET, Thèse citée.

Nous avons dit qu'il fallait faire la plus grande place, dans cette question, aux travaux de M. Pitres et de ses élèves Gaube et Lichtwitz; nous leur emprunterons beaucoup des détails qui vont suivre.

spontanées, des sensations spéciales qui jouent un rôle dans l'ensemble des phénomènes de l'aura hystérique, et dont la pression a pour effet, soit de déterminer l'attaque convulsive ou une partie des phénomènes spasmodiques de l'attaque, soit d'arrêter brusquement les convulsions ».

Nous compléterons cette définition, en disant que la pression ne détermine ou n'arrête pas seulement l'attaque convulsive, mais encore les attaques de chorée rhythmée, de toux, de bâillements, etc.; en un mot, tous les paroxysmes.

D'après la définition même, les zones hystérogènes sont *spasmogènes* ou *frénatrices;* souvent, certaines d'entre elles, en particulier celles qui ne sont pas hyperesthésiques, sont *spasmo-frénatrices*, à savoir qu'une pression légère, par exemple, provoque l'attaque, alors qu'une pression profonde peut l'arrêter. Les cas où l'excitation superficielle d'une zone joue un rôle frénogène ne doivent pas être très fréquents, car nous n'en avons jamais observé.

Les zones sont *superficielles* ou *profondes,* ou mieux, cutanées ou sous-cutanées; elles peuvent siéger sur les *muqueuses* ou dans les *viscères* (ovaires, testicules, seins, etc.).

Elles sont, ou non, spontanément douloureuses : lorsque la douleur est spontanée, M. Pitres fait remarquer, avec grande justesse, qu'elle n'est ni dermalgique ni myosalgique, mais bien le plus souvent névralgique.

A part quelques cas très rares, ou encore peu connus, où certaines affections — la syphilis, par exemple — peuvent présider à leur apparition ou à leur localisation, elles naissent et s'installent spontanément, à l'instar des zones hyperesthésiques, sans cause plausible, comme tous les stigmates permanents, qui sont d'ailleurs le fonds commun de la névrose. On peut dire cependant que les zones hystérogènes sont, ainsi que leur nom l'indique, ou au moins veut l'indiquer, l'apanage tout particulier de l'hystérie à forme paroxystique; à ce titre, elles se montrent surtout chez les adultes. Il faut cependant savoir que les paroxysmes peuvent rester latents, alors qu'il existe des zones hystéro-

gènes, et que la pression de l'une d'elles, lors d'une investigation, peut déterminer le premier accident convulsif.

Il peut en exister une ou plusieurs chez le même individu, les cas sont variables. Mais surtout, il peut y avoir des assoupissements et des exaltations temporaires de leur puissance. Souvent, comme nous le verrons en traitant des *auras prolongées,* les sensations dont elles sont spontanément le siège à certains moments sont un des meilleurs indices, pour le malade, d'un paroxysme qui s'approche.

Quel que soit leur nombre, chez le même sujet, elles affectent, bien qu'on puisse les rencontrer sur toute l'étendue du tégument cutané, — ce sont celles que nous avons en vue pour le moment, — des sièges de prédilection que nous retrouverons en décrivant les zones en particulier. La tête, le tronc, sont spécialement envahis; M. Pitres a, le premier, décrit les zones hystérogènes des membres, qui paraissent siéger, de préférence, au niveau des plis articulaires des coudes et des genoux, sans toutefois qu'aucun autre point de la continuité puisse en être indemne.

Les zones hystérogènes sont souvent de dimensions très restreintes, de la largeur d'une pièce de 2 à 5 francs. Il est assez facile de juger de leurs exactes limites, car, comme l'ont parfaitement établi MM. Bourneville et Regnard, souvent, à leur niveau, la peau est insensible, ce qui les différencie des zones hyperesthésiques simples. Mais celles-ci peuvent, en même temps, être hystérogènes, et certaines d'entre elles s'étendent parfois sur une assez grande étendue des téguments.

Ce fait de l'anesthésie cutanée, qui existe fréquemment au niveau d'une zone hystérogène, peut induire en erreur un observateur peu minutieux dans ses recherches : une zone hystérogène peut se trouver, par exemple, au beau milieu d'une grande région anesthésique (hémianesthésie), et la piqûre n'indiquera rien de particulier, si ce n'est le trouble très étendu de la sensibilité cutanée. Il faut donc les rechercher en pressant assez fort les téguments avec le doigt, en procédant avec prudence, d'ailleurs,

de peur de déterminer une attaque immédiate par une pression brusque et un peu trop forte.

Comme pour les zones hyperesthésiques et les îlots d'anesthésie, la peau de niveau n'offre aucun aspect particulier. M. Buet a cependant rapporté deux observations (III et VIII) dans lesquelles les cheveux étaient tombés au niveau de zones hystérogènes du cuir chevelu.

Les douleurs spontanées, *in situ*, peuvent, avons-nous dit, guider dans la recherche des zones hystérogènes; dans certains cas, surtout lorsque ces zones sont en même temps hyperesthésiques et d'assez grande étendue, les malades prennent d'eux-mêmes des attitudes dites de défense, qui varient suivant le siège du mal. Ils portent les épaules en arrière, de façon à protéger les zones du rachis, portent les mains en avant dans certains mouvements, pour éviter la compression de zones thoraciques, ovariennes, pseudo-ovariennes ou testiculaires, et se trouvent même réduits, dans certains cas que nous signalerons, à s'abstenir de coiffure, ou à ne se peigner qu'avec mille précautions, pour éviter le frôlement de zones du cuir chevelu.

M. Gaube a bien étudié les divers modes d'excitation des zones hystérogènes : il a montré que, si la pression était le seul mode d'excitation auquel elles répondaient *toutes*, certaines pouvaient être mises en action sous l'influence du froid, de la chaleur rayonnante. Ce sont là des faits expérimentaux qui n'ont qu'une importance modérée en clinique.

Elles apparaissent ou disparaissent, le plus souvent, spontanément, avons-nous dit, sous l'influence d'un paroxysme, ou se déplacent sous l'influence de causes semblables. Parfois, une zone hystérogène peut simplement devenir hyperesthésique, ou une zone hyperesthésique devenir hystérogène.

M. Pitres a surtout étudié les conditions expérimentales de leur disparition. On comprend tout l'intérêt de ces recherches, car on peut avoir tout avantage à supprimer des zones trop facilement excitables et qui mettent, pour

ainsi dire, constamment les malades en imminence d'attaque.

« Les moyens qu'on peut employer pour cela, dit-il, se divisent en deux groupes : les uns agissent à la fois sur toutes les zones du corps, les autres agissent localement sur les seules zones au niveau desquelles ils sont appliqués.

« A. Dans le premier groupe, il faut ranger l'électrisation statique, la galvanisation des centres nerveux et les inhalations anesthésiques.

« Quand on place une hystérique sur le tabouret isolant d'une machine statique, toutes les zones hystérogènes cutanées, sous-cutanées et viscérales, disparaissent après un laps de temps qui varie entre trois et quinze minutes, selon les sujets et selon l'intensité des tensions électriques. L'application d'un courant de pile faible (de deux à six éléments de Gaiffe) sur les centres nerveux a exactement le même effet. Le procédé le plus commode consiste à placer les deux électrodes, en face l'une de l'autre, sur les deux régions temporales. On peut aussi appliquer une électrode (la positive ou la négative indifféremment) sur le front ou la nuque, et l'autre sur la région lombaire de la colonne vertébrale ou sur le ventre. Lorsque l'électrisation a été prolongée assez longtemps (dix à vingt minutes au plus), toutes les zones hystérogènes, sans exception, ont perdu leur excitabilité. On ne peut plus provoquer d'attaques convulsives par la pression, même très énergique, de ces zones. Mais leur disparition n'est que temporaire. Après quelques heures ou quelques jours, les zones rendues inexcitables par l'électrisation reparaissent spontanément avec tous leurs caractères. »

On comprend cependant que de pareils procédés puissent servir et servent de base de traitement, et qu'à la suite d'une série de séances d'électrisation statique, par exemple, les zones perdent complètement leur excitabilité, ou tout au moins que celle-ci s'atténue au point de ne plus constituer un danger paroxystique de tous les instants.

« Les zones hystérogènes perdent aussi leur excitabilité

pendant la phase de résolution qui succède aux inhalations d'éther ou de chloroforme. Elles redeviennent excitables presque aussitôt après que le sommeil anesthésique est dissipé. »

C'est là, toutefois, un moyen de traitement que nous ne saurions conseiller en aucune façon, — si ce n'est uniquement pour arrêter ou restreindre un paroxysme trop aigu ou trop prolongé, — car nous avons, pour notre part, trop souvent remarqué que les inhalations d'éther, si elles calmaient momentanément les attaques hystériques, favorisaient singulièrement le retour de nouveaux accès, en mettant l'organisme tout entier dans un état d'éréthisme auquel les zones hystérogènes ne manquent pas de participer.

« Les moyens locaux susceptibles de faire disparaître les zones hystérogènes sont assez nombreux. Les plus importants sont : l'anémie artificielle, la réfrigération, l'application de sinapismes, les injections sous-cutanées, l'électrisation localisée. A cause des inconvénients qui pouvaient résulter de leur application sur la tête ou sur le tronc, ces moyens n'ont été régulièrement étudiés que sur les zones hystérogènes des membres. Tout ce que nous connaissons aujourd'hui sur leur action est contenu dans la thèse de M. Gaube, et peut être résumé en peu de mots.

« L'*anémie locale,* résultant de l'application d'une bande de caoutchouc autour d'un membre, fait disparaître les zones hystérogènes dans toute la partie anémiée du membre. Un lien circulaire assez serré pour gêner notablement la circulation en retour fait disparaître les zones au-dessous de lui. Si les troncs nerveux étaient excitables, ils perdent leur excitabilité au-dessous du lien, et la conservent au-dessus de lui. Les zones reparaissent rapidement quand la compression est enlevée, à mesure que la circulation se rétablit.

« La *réfrigération* de la peau qui recouvre une zone sous-cutanée des membres (par la pulvérisation d'éther avec l'appareil de Richardson ou par l'application du

mélange de glace et de sel) abolit l'excitabilité de la zone refroidie, pendant tout le temps que dure la réfrigération. Si les zones sont cutanées, leur refroidissement provoque, dès le début, des attaques convulsives qui empêchent de continuer l'expérience.

« Les sinapismes, appliqués au niveau des zones cutanées ou sous-cutanées, font disparaître ces zones après quelques minutes d'application. Si les troncs nerveux étaient excitables, ils restent excitables seulement au-dessus de la région rubéfiée. Les sinapismes appliqués circulairement autour d'un membre font disparaître toutes les zones situées au-dessous d'eux, et sont sans action sur les zones situées au-dessus. Les zones rendues inexcitables par les sinapismes reprennent leur excitabilité une dizaine de minutes environ après l'enlèvement des sinapismes. Quelquefois, l'application d'un sinapisme sur une zone hystérogène d'un côté fait disparaître en même temps la zone symétrique du côté opposé.

« Les *injections hypodermiques* d'eau pure, au niveau des zones sous-cutanées, abolissent temporairement l'excitabilité de ces zones.

« Le passage à travers les régions hystérogènes de *courants faradiques* ou *galvaniques* de moyenne intensité supprime, après quelques minutes, l'action des zones soumises à l'électrisation localisée.

« L'expérience doit être dirigée d'une façon un peu différente, selon qu'il s'agit de zones sous-cutanées ou de zones cutanées. Dans le premier cas, on promènera hardiment les électrodes, ou le pinceau électrique, sur la peau de la région hystérogène. Dans le second, il faudra éviter de toucher la zone elle-même. Les électrodes seront placées en dehors des limites de la région excitable. De plus, on aura soin de ne pas employer des courants trop intenses, qui seraient capables de provoquer les convulsions avant que la zone ait perdu son excitabilité.

« Sous l'influence de l'électrisation locale, les zones disparaissent progressivement en quelques minutes. Les troncs

nerveux situés au-dessous des points électrisés conservent leur excitabilité hystérogène. Les zones supprimées temporairement par l'électrisation reparaissent spontanément, après un laps de temps qui varie d'ordinaire entre un quart d'heure et une heure. »

Il résulte des considérations que nous venons d'exposer qu'un certain nombre de zones hystérogènes sont véritablement cutanées, au point que la plus légère excitation suffit à provoquer l'attaque. Peut-être Pomme (cité par Buet, p. 8) avait-il vu ces cas lorsqu'il écrivait : « Si l'on pinçait quelque partie de son corps, le mal redoublait avec une fureur capable d'alarmer. » M. Pitres rapporte aussi le cas intéressant d'une femme qui devait prendre les plus grandes précautions pour mettre ou enlever ses bas, tant la peau des jambes était douée d'une exquise sensibilité hystérogène. Mais, en dehors des zones muqueuses ou viscérales, il en est un certain nombre dont le siège est incontestablement sous-cutané, puisqu'il faut une pression assez énergique pour déterminer ou arrêter les phénomènes spasmodiques.

M. Pitres s'est encore demandé quel pouvait bien être le siège exact de ces dernières zones. « Elles ne siègent, dit-il, ni dans les muscles, ni dans les tendons, car, dans un certain nombre de cas, on peut presser latéralement les masses musculaires et les tendons qui traversent les régions hystérogènes, sans provoquer les convulsions. La tétanisation violente de ces muscles, sous l'influence de courants faradiques intenses, reste également inefficace dans la grande majorité des cas. Il est très probable que le point de départ des actions hystérogènes sous-cutanées se trouve dans les troncs nerveux. Cette hypothèse, à laquelle on est déjà conduit par exclusion, est confirmée par une expérience qui réussit presque toujours. Quand il existe, sur un membre, une zone sous-cutanée active, dont la compression légère détermine les convulsions, on peut, d'ordinaire, provoquer également l'attaque par la compression énergique des troncs nerveux qui se rendent à cette zone, sur tous les

points où ils sont accessibles dans leur trajet entre la moelle épinière et la zone. »

Cette expérience prouverait, tout au plus, que les troncs nerveux sont très fréquemment le siège de zones spasmo-frénatrices. Nous avouons, d'ailleurs, qu'il est très difficile de trancher la question; M. J. Voisin a publié un cas qui semblerait bien prouver que les tendons peuvent être le siège de zones frénatrices (1). Comment expliquer encore qu'à la même place, une pression légère détermine une attaque, et qu'une pression plus forte l'arrête immédiatement? Ce sont là autant d'inconnues; le fait clinique existe bien et dûment constaté, et, en matière d'hystérie, c'est là qu'est l'importance.

(1) *Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme avec dédoublement de la personnalité; arrêt de l'attaque par pression des tendons : Arch. de neurologie,* n° 29, 1885, p. 212.

CHAPITRE SEPTIÈME

DE QUELQUES ZONES HYPERESTHÉSIQUES HYSTÉROGÈNES EN PARTICULIER.

ZONES DU CUIR CHEVELU OU DE LA TÊTE. — Clou hystérique. — Céphalalgie hystérique. — *Considérations sur la pseudo-méningite hystérique* ou *état de mal à forme céphalalgique.* — Influence de la syphilis. — Zones hystérogènes de la *face* et leur rôle dans la production des *névralgies faciales hystériques.* — *Recherches personnelles.*

TRONC. — Zones du rachis ou rachialgie hystérique. — Pseudo-mal de Pott hystérique chez l'adulte et chez l'enfant. — Pseudo-tabes et association hystéro-tabétique. — Douleurs en ceintures hystériques. — Considérations sur les zones thoraciques et l'*angine de poitrine hystérique.* — Zone pseudo-ovarienne chez l'homme. — Zone de la peau des bourses.

ZONES HYSTÉROGÈNES DES MUQUEUSES. — La thèse de M. Lichtwitz. — Modes d'excitation. — Phénomènes inflammatoires *in situ.* — Applications à l'interprétation de certains accidents hystériques spontanés. — *Du vertige de Ménière hystérique.* — Zones des muqueuses qui tapissent le nez, la bouche, l'oreille, le pharynx, le larynx. — Zones hystérogènes de l'urèthre, de la vessie, du vagin.

ZONES HYSTÉROGÈNES VISCÉRALES. — Sein. — Testicule, ovaire. — Conséquences pratiques à tirer de la connaissance des zones hystérogènes.

Nous allons maintenant passer en revue quelques zones hystérogènes cutanées, sous-cutanées et viscérales, presque toujours en même temps hyperesthésiques, dont la connaissance un peu complète nous semble indispensable, car elles s'accompagnent souvent, lors de leur mise en action, d'un ensemble de phénomènes de la plus haute importance. Nous procéderons *a capite ad calcem.*

Parmi ces zones, il n'en est peut-être pas de plus importantes que celles qui *siègent sur le cuir chevelu.* Elles sont uniques ou multiples. Quand elle est unique, la zone siège le plus souvent au vertex, quelquefois dans la région occipitale, ou latéralement aux tempes; dans ce dernier cas, il n'est pas rare d'observer deux zones symétriques.

Les zones de la tête n'avaient pas échappé à Sydenham, qui

les décrit en ces termes (p. 477): « D'autres fois, l'affection hystérique attaque la partie extérieure de la tête, entre le crâne et le péricrâne, et, demeurant fixée dans un seul endroit de la largeur simplement d'un travers de doigt, elle y cause une douleur insupportable qui est accompagnée de vomissements énormes. C'est ce qui s'appelle le clou hystérique (1), et cette douleur attaque principalement les femmes qui ont les pâles couleurs. »

Une investigation minutieuse révèle, le plus souvent, que la zone hyperesthésique ne s'étend, comme l'avait vu Sydenham, que dans une région limitée où la sensibilité cutanée est plus ou moins exquise; mais de ce point peuvent partir des irradiations douloureuses spontanées (ou provoquées), qui, incontestablement, prennent la plus grande part aux phénomènes céphalalgiques si fréquents chez les hystériques.

« La douleur de tète, dit en effet Briquet (p. 213), est l'une des perversions de la sensibilité qui se rencontrent le plus souvent chez les femmes hystériques; elle se voit si communément que, sur 356 d'entre elles que j'ai interrogées à ce sujet, 300 avaient constamment mal à la tête ou étaient prises de céphalalgie très souvent et très facilement, et que 56 seulement n'y étaient pas sujettes; d'où l'on peut conclure que les six septièmes des femmes hystériques sont sujettes à la céphalalgie. »

Évidemment, dans tous ces cas, la céphalalgie ne reconnaît pas pour cause uniquement la présence d'une zone hyperesthésique ou hystérogène; mais il n'est pas moins vrai que c'est souvent à ces perversions locales de la sensibilité qu'il faut attribuer la genèse de ces douleurs. On ne saurait, en tout cas, ne pas les incriminer, comme nous l'avons dit, dans la production du clou ou œuf hystérique, dont Briquet a encore donné une bonne description que nous reproduisons, car elle complète, en partie, celle de Sydenham.

(1) Le terme de *clou* ou d'*œuf hystérique* s'applique également aux zones de la face, en un mot à toutes les zones de la tête. (G. T.)

Le clou hystérique, dit-il, « peut siéger sur toutes les parties de la tête, mais le plus ordinairement il occupe les régions temporales et la région sincipitale; il n'est jamais multiple. Il occupe, en général, une étendue très limitée, depuis la largeur de l'ongle jusqu'à celle d'une pièce de cinq centimes. La douleur qu'il produit est extrêmement violente, et souvent elle est portée à un point tel que les malades gémissent ou poussent les hauts cris et sont privés de sommeil; la sensation qu'elle cause est variable; ainsi quelquefois elle ressemble à celle que provoquerait un clou ou bien un coin de fer enfoncé dans la tête, quelquefois il semble que ce soit un morceau de glace; d'autres fois, elle imite celle que causerait un charbon ardent. Certains auteurs prétendent, sans autre preuve que celle qu'ils tirent des sensations éprouvées par les malades et de la fixité de la douleur, que le clou hystérique peut siéger jusque dans les os. Baglivi supposait que la douleur pouvait venir de la dure-mère. On a quelquefois soulagé les malades en exerçant une forte pression sur le lieu douloureux, preuve irréfragable que la douleur siège dans les régions superficielles.

« La douleur du *clavus* est fixe et ne se déplace pas. Sa durée est de plusieurs jours. On l'a vue aller jusqu'à trois semaines ou un mois. *Le clavus s'accompagne fréquemment de frissonnements, de vomissements, de troubles digestifs et quelquefois de fièvre.* »

Nous avons tenu à citer ce paragraphe dans son entier, non seulement parce qu'il renferme une excellente description du clou hystérique, mais encore parce qu'il contient en germe la description que l'on a faite, de nos jours, d'un syndrome, la *pseudo-méningite hystérique,* dont il convient de dire quelques mots.



Les premières observations dans lesquelles ce syndrome nous paraît nettement se constituer datent de 1873, et

sont dues à MM. Saint-Ange (1) et Arnozan (2). On remarquera que ce dernier auteur emploie le terme d' « *attaque* d'hystérie à forme méningitique », qui nous semble de beaucoup préférable à celui de *pseudo-méningite,* car il indique nettement que nous nous trouvons en présence d'un paroxysme dont la répétition pourra constituer un véritable état de mal.

M. Boissard (3), MM. Axenfeld et Huchard (4), M. Dalché (5), M. Regnaud (6) rapportent des observations isolées, mais concluantes, en regard desquelles les études de M. Chantemesse (7) et la thèse de M. Macé (8) méritent une mention toute particulière.

La symptomatologie de la pseudo-méningite hystérique paraît, au premier abord, fort variée, car l'hystérie, dans la circonstance, semble vouloir étaler tout un luxe de phénomènes bien faits pour dépister le diagnostic. Mais, en résumé, les symptômes cardinaux restent encore ceux que Briquet avait indiqués : céphalalgie, vomissements, constipation et « quelquefois de la fièvre ». Nous verrons, en effet, que l'inconstance même de ce mouvement fébrile joue souvent un rôle important dans le diagnostic.

Presque toutes les observations ont trait à des femmes

(1) Saint-Ange, *De la forme méningo-encéphalique de l'hystérie : Gazette médicale de Bordeaux,* 1873, p. 292-298.

(2) Arnozan, *Attaque d'hystérie à forme méningitique : ibid.,* 1873, p. 250-252.

(3) Boissard, *Observation de phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie : L'Encéphale,* 1883, p. 525-527.

(4) Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses,* 2ᵉ éd., 1883, p. 1047. — Huchard, *La pseudo-méningite hystérique : Rev. gén. de clin. et de thérap.,* nº 31, p. 489, 1890.

(5) Dalché, *Accidents hystériques à forme pseudo-méningitique : Gazette médicale de Paris,* 17 janvier 1885.

(6) Regnaud. *Note sur un cas de pseudo-méningite hystérique simulant une méningite tuberculeuse : Loire médicale,* 1886.

(7) Chantemesse, *Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte.* Thèse de Paris, 1884, obs. XLIX et LI. — *Société médicale des hôpitaux,* 22 mai 1891.

(8) Macé, *Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques.* Thèse de Paris, 1888. — Voy. aussi Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie, op. cit.,* t. I, p. 198 et suiv.

adultes de divers âge. M. Sollier (1) a, néanmoins, rapporté le cas d'une petite fille de cinq ans, chez laquelle on avait pensé à une méningite tuberculeuse, alors qu'il s'agissait simplement des phénomènes hystériques que nous allons décrire. M. Ollivier (2) a publié un cas analogue.

Les modes de début sont variables; parfois les accidents se montrent subitement. L'observation de Boissard a trait à une malade de quarante-cinq ans, qui fut prise tout à coup de céphalalgie frontale intense avec vomissements alimentaires faciles, présentant les caractères du vomissement cérébral. Il existait en même temps de la constipation; les pupilles étaient contractées; il y avait du retard de la sensibilité; le pouls était ralenti (48 à la minute), la température ne dépassait pas 37°,4. Bien que l'examen des poumons fût négatif, on porta le diagnostic de méningite tuberculeuse, étant donné que la mère de la malade était morte phthisique et qu'elle avait perdu deux enfants, très probablement de méningite bacillaire. Mais, au bout de quelques jours, les symptômes s'amendèrent; on constata une hémianesthésie droite; il survint de l'aphonie, tous phénomènes hystériques indiscutables, et la malade sortit guérie, conservant néanmoins encore la céphalalgie qui avait dominé tout cet ensemble morbide.

Dans une deuxième variété, il existe, comme dans la forme la plus commune de la méningite tuberculeuse, une période prodromique traînante, indécise : les malades sont mal à l'aise, elles ont perdu l'appétit. Puis, au bout de quelques jours ou de quelques semaines même, les symptômes s'amendent ou se précisent; on voit survenir les accidents d'apparence méningée, et le syndrome clinique habituel est constitué. Nous ferons remarquer que ces phénomènes prodromiques ne diffèrent pas des aura prolongées que nous décrirons ultérieurement, en traitant du

(1) *Hystérie infantile à forme convulsive : France médicale*, n° 1, 2 janvier 1891, p. 2.

(2) *De la pseudo-méningite tuberculeuse hystérique : Congrès pour l'avanc. des sciences.* Marseille, sept. 1891.

paroxysme convulsif. Nous l'avons dit, l'élément dominant est la céphalalgie, qui peut être atroce. Elle se montre, surtout, sous forme d'exacerbations, de *crises,* ainsi que l'a bien établi M. Chantemesse. Elle coïncide avec la présence de zones hyperesthésiques-hystérogènes du cuir chevelu, qu'il ne faut jamais manquer de rechercher, surtout dans l'intervalle des accès, car leur constatation est un des éléments les plus précieux du diagnostic.

Ces crises douloureuses arrachent des gémissements et des cris aux patients, tellement la céphalalgie est vive; parfois, il existe du délire. Elles s'accompagnent souvent de photophobie, de diplopie par strabisme passager; elles s'entremêlent avec quelques-uns des phénomènes du paroxysme convulsif : raideur de la nuque, opisthotonos, contractures des membres supérieurs ou inférieurs. Le pouls peut être ralenti, mais on n'a jamais noté son irrégularité. (Pitres.)

Les stigmates permanents ordinaires fournissent l'hyperesthésie, la raie méningitique (trouble vaso-moteur normal, pour ainsi dire, chez les hystériques). Les vomissements et la constipation complètent le tableau morbide qui, répétons-le, copie assez servilement celui de la méningite tuberculeuse. Mais un observateur attentif remarquera que l'affection ne suit pas une évolution continue, elle procède par crises, par soubresauts; disons le mot, par attaques. Phénomène assez particulier, alors que le paroxysme hystérique, ainsi que l'a démontré péremptoirement M. Bourneville, ne s'accompagne pas de fièvre, il peut se faire que les accidents que nous venons de décrire coïncident, — assez rarement toutefois, — avec une élévation de température qui, dans une observation de de Brun (1), s'éleva jusqu'à 39°,2. Cette haute température est restée isolée; les autres observateurs ne mentionnent pas plus de 38°,6, et dans plusieurs cas il n'existait pas de fièvre.

(1) Thèse de Chantemesse, *op. cit.,* obs. LI, p. 171.

Nous verrons, dans le chapitre consacré aux troubles trophiques, que l'hystérie peut parfaitement influencer les centres thermiques; mais ce sont là des faits peu communs et qui méritent d'être soigneusement analysés. Dans ces cas de pseudo-méningite, où, incontestablement, la constatation de la température a une haute portée pour le diagnostic, qui tend alors à incliner du côté opposé à l'hystérie, il faudra toujours rechercher très attentivement s'il n'existe pas, concurremment, une maladie aiguë inflammatoire, susceptible de faire monter le thermomètre par elle-même.

Chez la femme, par exemple, il est une affection dont il faut toujours se méfier et qu'il est parfois difficile de découvrir, nous voulons parler de la vaginite. Dans un cas (inédit) que nous avons observé avec notre ami M. Netter, professeur agrégé, on fut sur le point de porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale, étant donnés la raideur de la nuque, l'apparition d'un herpès, la fièvre et l'ensemble des phénomènes pseudo-méningitiques que nous avons décrits. Il s'agissait d'une vaginite blennorrhagique chez une hystérique.

Dans l'observation II de M. Macé, où la température monta à 38°,6, il existait une vaginite intense. Chez la malade de M. Dalché, la fièvre n'apparut qu'avec une angine herpétique. Dans un autre cas que nous avons observé à la Salpêtrière, la température (vaginale) de 38°,2 tomba à la normale, 37°,5, à la suite de l'administration d'un lavement. On sait, en effet, que la constipation peut parfaitement faire monter la température d'un degré et plus, et la constipation est notée dans toutes les observations. Nous l'avons dit, nous ne nions pas qu'il puisse exister de la fièvre, mais, outre que celle-ci n'est pas fréquente, elle est souvent susceptible de recevoir une interprétation rationnelle en dehors de l'hystérie.

Il est encore certains cas d'associations morbides où l'hystérie peut jouer un rôle qui fasse songer à une détermination méningée. On sait combien elle peut influen-

cer la modalité du délire de certaines fièvres. M. Huchard a montré, dans une observation, que l'hystérie avait déterminé, chez une malade atteinte d'une fièvre typhoïde légère, les accidents pseudo-méningitiques que nous décrivons. De même, M. Repéré (1) a publié un cas dans lequel l'apparition de phénomènes délirants chez une hystérique rhumatisante put faire penser à des accidents de rhumatisme cérébral. Mais ce sont des faits rares et dont le diagnostic est facile.

Nous n'avons pas à nous occuper du pronostic, qui est toujours bénin; mais, pour le porter, il faut, avant tout, avoir fait un diagnostic exact.

Nous avons vu que, dans un cas resté unique, on put songer à une méningite cérébro-spinale; nous ne pensons pas qu'on puisse penser à une méningite aiguë franche ; le diagnostic se trouve donc limité à la méningite tuberculeuse.

Dans sa thèse, M. Chantemesse a essayé d'établir le diagnostic différentiel en ces termes (p. 75) : « Par leur mode de début, par l'évolution successive de symptômes dont l'ensemble constitue presque la caractéristique de la phlegmasie méningée tuberculeuse, la céphalalgie violente, les vomissements, la diplopie, le délire, le ralentissement du pouls, la tache dite méningitique, la constipation opiniâtre, ces accidents simulent merveilleusement la maladie qui nous occupe. Seules, la connaissance des antécédents du sujet, de l'existence de troubles de sensibilité imputables à l'hystérie, la température qui ne s'éloigne pas de la normale, permettent de soupçonner l'intervention de la névrose et de rester, pour le diagnostic, dans une sage réserve. »

A l'époque où écrivait M. Chantemesse (1884), on ne connaissait pas encore les modifications que peuvent entraîner les paroxysmes hystériques dans la composition chimique des urines. Nous avons, depuis, montré, avec

(1) *Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral.* Thèse de Paris, 1883.

M. Cathelineau (1), que le paroxysme se jugeait par un abaissement du taux de l'urée, du résidu fixe et par une *inversion de la formule des phosphates,* à savoir : que le rapport des phosphates terreux qui, chez l'hystérique normal, de même que chez l'individu sain, est aux phosphates alcalins comme 1 est à 3, devenait comme 1 à 2 ou 1 à 1.

« J'ai appliqué ce procédé de recherches, dit M. Chantemesse (2), dans un cas où le diagnostic entre la méningite tuberculeuse anormale et la pseudo-méningite hystérique ne laissait pas que d'être difficile. *L'analyse de l'urine m'a permis, dès le premier jour, d'imputer les accidents à l'hystérie.*

« Les rapports entre l'acide phosphorique terreux et alcalin ont été comme 92 à 100; 73 à 100; 55 à 100; 82 à 100; 83 à 100, etc.

« Un jour où la céphalalgie avait été atroce, l'urine était alcaline et trouble par la présence d'un excès de phosphates solubles dans l'acide nitrique. Le rapport était alors comme 92 à 100.

« Au contraire, les rapports de 55 ou de 53 à 100 étaient toujours fournis par une urine éliminée pendant une période de vingt-quatre heures où les douleurs de tête s'étaient à peu près apaisées. »

Ces recherches ont une portée pratique que M. Chantemesse fait encore ressortir. Elles rangent, définitivement, la pseudo-méninigite hystérique dans la catégorie des attaques, ou des états de mal, qui ne sont que des attaques prolongées avec ou sans périodes intercalaires pendant lesquelles les modifications chimiques de l'urine n'existent plus comparativement à la période des vingt-quatre heures où le paroxysme a existé.

En ce qui regarde encore le diagnostic, M. Charcot a, lui aussi, montré que ces zones hyperesthésiques-hystérogènes du cuir chevelu pouvaient jouer un rôle tout particu-

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie, op. cit.*

(2) *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux,* n° 17, 28 mai 1891, p. 258.

lier dans certains cas où l'erreur pouvait être tout à fait préjudiciable aux malades.

Il rapportait, à ce propos (1), l'observation d'un individu de vingt-huit ans, dont nous avons nous-même publié l'observation *in extenso* (2), qui, atteint de syphilis, vit survenir brusquement une hémiplégie droite avec contracture. Quelques jours plus tard, apparaissaient des céphalées nocturnes partant d'un point fixe du vertex pour irradier dans toute la tête; elles s'accompagnèrent de convulsions d'apparence épileptiforme.

Naturellement, le mercure et l'iodure furent administrés *larga manu* par un syphiligraphe des plus distingués; mais si la paralysie parut s'amender, elle ne guérit pas complètement, non plus, du reste, que les *céphalées*, qui persistèrent avec leur caractère nocturne.

C'est alors que M. Charcot, dans le service duquel le malade était entré, démontra que rien n'était syphilitique dans toute cette histoire clinique : ni l'hémiplégie, qui s'accompagnait d'hémianesthésie et de spasme glosso-labié, ni les céphalées, qui reconnaissaient toute autre cause. Au vertex, siège ordinaire du clou hystérique, il existait, en effet, une plaque d'hyperesthésie cutanée telle, que le malade ne pouvait supporter le poids de son chapeau, et que le simple frôlement du peigne ou de la brosse donnait lieu à des douleurs insupportables. Il insistait, en outre, sur ce fait que la syphilis avait bien pu, par exemple, déterminer cette localisation de la zone hyperesthésique par un mécanisme qu'il est facile de comprendre.

Ces zones hyperesthésiques du cuir chevelu peuvent, également, jouer un certain rôle, par irradiation, dans une autre variété de céphalalgie décrite par M. Babinski sous le nom de *migraine ophthalmique hystérique*.

(1) CHARCOT, *Hystérie et syphilis : De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation ou sur la forme des accidents hystériques*. Leçon recueillie par GILLES DE LA TOURETTE : *Progrès médical*, n° 51, 17 décembre 1887, p. 511.

(2) Voy. P. RICHER, *Note sur l'anatomie morphologique de la région lombaire : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. I, 1888, p. 13.

Dans l'observation I de son mémoire (1), l'influence de la zone hyperesthésique hystérogène du vertex est nettement signalée en ces termes : « Pendant un quart d'heure, le malade ressent une douleur siégeant au niveau du vertex, qui semble se propager ensuite, par l'intermédiaire de fils, jusqu'au-dessus du rebord orbitaire gauche, et devient très vive. »



Les zones hyperesthésiques et hystérogènes de la *face* ont été, jusqu'à ces derniers temps, très incomplètement étudiées; elles sont pourtant d'une importance capitale pour la connaissance de certains accidents sur lesquels nous avons entrepris de faire la lumière. Nous voulons parler des *névralgies faciales d'origine hystérique,* qui ont fait, de notre part, l'objet d'un récent travail, le premier en date sur la question (2).

Tout en traitant plus spécialement de ces névralgies de la face, nous aurons soin, chemin faisant, d'exposer le bilan de nos connaissances sur les névralgies hystériques en général.

« Si l'on en croyait les auteurs, dit Briquet (3), rien ne serait, chez les hystériques, plus commun que les névralgies, car tous en parlent comme d'un phénomène assez fréquent. Cette opinion est le résultat de l'erreur qui, dans un grand nombre de cas, a fait prendre les hyperesthésies de la peau, des muscles et des viscères splanchniques pour des névralgies. Les véritables névralgies sont, au contraire, assez rares chez les hystériques, et, chez elles, ces maladies sont plutôt des complications que les effets directs de l'hystérie elle-même. »

(1) *De la migraine ophthalmique hystérique : Archives de neurologie,* novembre 1890, n° 60, vol. XX, p. 305.

(2) Gilles de la Tourette, *Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu connus :* attaques à forme de névralgie faciale; de vertige de Ménière : *Progrès médical,* 1er août 1891.

(3) *Op. cit.,* p. 245.

Ce passage de Briquet renferme des vérités et des assertions discutables. Briquet dit vrai, en affirmant que les auteurs sont d'accord pour traiter de fréquentes les névralgies hystériques. Il aurait dû ajouter que leurs affirmations ne sont jamais, ou presque jamais, appuyées par des faits, ce qui tendrait à prouver que ces névralgies ne sont peut-être pas aussi fréquentes qu'ils veulent bien le dire. Nous ne partageons pas son opinion, lorsqu'il avance que les névralgies sont plutôt des complications que des effets de l'hystérie, ce qui ne nous conduit pas, d'ailleurs, à penser que toutes les névralgies des hystériques soient, forcément, sous la dépendance de la névrose.

Des faits que nous avons observés et des recherches auxquelles nous nous sommes livré pour approfondir cette question, il résulte : 1° que les névralgies hystériques ne sont pas rares; 2° qu'elles sont constituées, le plus souvent, par la mise en action d'une zone hystérogène siégeant au niveau, ou dans le voisinage d'un nerf; 3° que, dans tous les cas, cette zone retentit sur le nerf, au début ou en dehors d'un paroxysme convulsif sous forme d'une aura douloureuse prolongée qui peut, dans la seconde hypothèse, en dehors des convulsions, constituer le paroxysme (névralgique) tout entier; 4° que ces attaques à forme névralgique se jugent, chimiquement, de la même façon que les autres paroxysmes hystériques.

Nous étudierons spécialement ici, avons-nous dit, la *névralgie faciale* hystérique. C'est, de toutes les névralgies, celle qui est de beaucoup la plus intéressante par les douleurs atroces qu'elle provoque, sa longue durée, et l'influence souvent inefficace du traitement. Presque tout ce que nous allons dire est applicable aux autres névralgies hystériques, la *névralgie intercostale* en particulier.



On chercherait vainement, dans les auteurs, une description du paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale.

Cependant, comme les faits dépouillés de l'interprétation dont on les entoure restent immuables, il nous a été donné d'en rencontrer un certain nombre d'exemples, tant anciens que modernes.

Nous ne devons pas oublier, d'abord, que Sydenham (1), qui a tant fait pour l'hystérie, n'a pas manqué de signaler la névralgie des nerfs dentaires, l'*odontalgie hystérique*. « On ne croirait pas, dit Sydenham, que l'affection hystérique attaquât aussi les dents. Toutefois, rien n'est plus vrai. On n'aperçoit pas la moindre cavité, ni la moindre fluxion qui puisse occasionner la douleur, et cependant elle n'est ni moins violente, ni moins longue, ni moins opiniâtre. »

A rapprocher, peut-être, de la description de Sydenham, l'histoire d'une jeune fille, de Vienne, observée par J. Franck (2), subitement prise « d'une forte odontalgie; le chirurgien allait enlever la dent douloureuse, qu'il supposait affectée d'une carie cachée, lorsque, des convulsions hystériques se manifestant, l'odontalgie disparut aussi ». « Il est difficile, ajoute Briquet (3), qui rapporte également ce cas, de trouver la raison de l'existence de la névralgie dentaire. » Et pourquoi? Tout simplement parce que cet auteur, qui ne croit que peu ou pas aux névralgies hystériques, fait uniquement, des phénomènes dou-

(1) *Médecine pratique de Sydenham*, trad. Jault, 1799, t. II, p. 479.

(2) J. Franck, *Traité de pathologie médicale*, t. III, Paris, 1838, p. 431, note. — La prosopalgie faciale d'origine hystérique n'a, du reste, pas échappé à cet auteur. « Si pathologi qui causam proximam prosopalgiæ — « potiùs in fluido quodam imponderabili, cujus conductor nervus est, aut in nervo, quam in chronica atque palpabili mutatione materiei ponderabilis nervi » — quærunt, a veritate non aberrant, species *prosopalgiæ nervea* aut dynamica quam in hystericis et in hypocondriacis, in hominibus venere exhaustis expectaremus, statuenda foret. Interea saltem, id ex praxi compertum tenemus, in prosopalgiis cujuscumque demum indolis variam ægrorum sensibilitatem variasque virium vitalium conditiones imperium conspicuum exercere, ac remediis nervinis sæpe laudem haud recusandam esse. » *Praxeos medicæ universæ præcepta*. Part. sec., volumen primum, sectio secunda, cap. VI, *De neuralgia faciali*, § XXX, 12, p. 165, Lipsiæ, 1821.

(3) Briquet, *loc. cit.*, p. 246.

loureux qu'on observe dans la névrose, des dermalgies et surtout des myosalgies.

Cette histoire de la dent cariée, nous la retrouvons dans les observations II et IV que nous avons publiées, et qui offraient des exemples de névralgies appartenant très légitimement à l'hystérie. Nous ne nous refuserions pas, d'ailleurs, à admettre qu'une lésion dentaire pût être le *primum movens* d'une névralgie hystérique; la lésion articulaire la plus banale ne peut-elle pas appeler, localement, une contracture sur la nature de laquelle on ne discute plus?

En 1855, J.-B. Bastien, dans une thèse fort intéressante pour l'époque, nous montre — à la vérité un peu à son insu — le rôle hystérogène que joua une petite tumeur sanguine de l'oreille, chez un homme hystérique, par rapport à l'éclosion d'une névralgie faciale. Il résume son observation en ces termes (1) : « Tumeur sanguine de la conque, avec quelques troubles du côté de l'audition. Le chirurgien fait une incision; elle est bientôt suivie d'un phlegmon périauriculaire et d'une *névralgie faciale* qui retentit surtout sur la membrane du tympan. La névralgie devient le point de départ d'une attaque d'hystérie aussi complète que possible. »

Onze ans auparavant, Schutzemberger, l'un des premiers auxquels on doive la notion des zones hystérogènes, écrivait sans plus de développements (2) : « Tout récemment encore, j'ai observé une névralgie de la cinquième paire, accompagnée de convulsions avec perte de connaissance. » Un peu plus loin, il donne l'interprétation exacte de ces phénomènes : « Tout récemment, nous avons vu une fille chez laquelle la pression du nerf frontal et sous orbitaire droits, à leur point d'émergence, produisait

(1) *Sur un cas d'hystérie chez l'homme survenu à la suite d'une tumeur de la conque de l'oreille.* Thèse de Paris, 1855, p. 29.

(2) *Recherches cliniques sur les causes organiques et le mode de production des affections appelées hystériques : Gazette médicale de Paris,* nos 22, 23, 25, 29, 40, 43, 1846. Note de la page 771 et page 831.

des pertes de connaissance, avec tremblement convulsif; quelquefois, enfin, une impression quelconque, n'importe sur quel nerf sensitif, produit le même effet. »

La mise en action d'une zone hyperesthésique hystérogène du trijumeau, telle nous semble être, en effet, l'interprétation pathogénique qu'on doit donner, dans la majorité des cas, de la névralgie faciale hystérique. Mais les précédents faits restent trop isolés pour qu'on songe à en tirer quelque enseignement. Et c'est ainsi que nous voyons encore, dans une observation très instructive de la thèse de M. Gaube (1), un ophthalmologiste distingué, réséquer les nerfs sus et sous-orbitaires pour une névralgie faciale hystérique.

Cette intéressante observation n'est pas suivie de réflexions sur la névralgie faciale hystérique, réflexions que, du reste, ne comportait pas la thèse de M. Gaube. Mais il n'est pas douteux que M. le professeur Pitres et son interne d'alors, M. de Fleury, qui recueillit l'observation, aient péremptoirement songé à mettre sur le compte de la névrose des névralgies qui se terminaient par des attaques convulsives et qui avaient pour point de départ une zone hystérogène. M. Pitres n'a-t-il pas écrit d'ailleurs (2) : « Il n'est pas rare que les zones hystérogènes donnent lieu à des sensations douloureuses, spontanées, très désagréables pour les malades. Dans ces cas, la douleur n'est ni dermalgique ni myosalgique; elle est de nature névralgique. »

En 1888, alors que nous avions l'honneur d'être chef de clinique de M. Charcot, cette question de la névralgie faciale d'origine hystérique se posa à propos d'une malade qui se présenta à la consultation externe de la Clinique. M. Charcot fit suivre son examen de réflexions dont nous tirerons le plus grand profit. Il s'agissait d'une hystérique

(1) *Recherches sur les zones hystérogènes.* Thèse de Bordeaux, 1882, obs. V, p. 55.

(2) *Des zones hystérogènes et hypnogènes : Des attaques de sommeil.* In-8°, Bordeaux, 1885, p. 9.

confirmée [obs. I (1)] qui, à trois périodes différentes de son existence, vit survenir, dans la soirée, des névralgies faciales très vives siégeant dans le domaine du nerf sous-orbitaire gauche et du filet temporal, lesquelles, dans deux périodes au moins, se terminèrent par des attaques convulsives. Que ces dernières existassent ou non, la névralgie revêtait le même caractère. Au niveau de l'émergence des nerfs, on constatait une zone hystérogène; une zone de même nature siégeait dans la région intercostale, et sa pression s'accompagnait, elle aussi, d'une crise névralgique qui se terminait également par une attaque convulsive. Notons encore la substitution des névralgies à de véritables crises céphalalgiques. D'après cet ensemble, on ne pouvait nier la nature hystérique de ces névralgies, qui devaient être considérées comme une crise douloureuse prolongée lorsqu'elles se terminaient par une attaque convulsive, et comme un paroxysme hystérique complet lorsque les convulsions ne se montraient pas.

Les observations II et III nous offrent : la première, l'exemple d'une névralgie un peu irrégulière au point de vue facial, puisqu'elle débutait dans le domaine de la branche postérieure du second nerf cervical; la seconde, la coexistence d'une névralgie faciale (à siège peu précisé) avec une zone hyperesthésique du vertex.

Ce sont surtout ces irradiations qui nous ont paru intéressantes dans ces observations. Elles ne sont pas rares dans l'hystérie entre zones hystérogènes de voisinage, et le phénomène douloureux qui partira du vertex, par exemple, exaltera souvent les zones hystérogènes du trijumeau qui auraient pu sommeiller, au moins dans le paroxysme actuel, et ne pas agir, d'emblée, pour leur propre compte. C'est un fait que nous avons plusieurs fois

(1) Les cinq observations personnelles auxquelles nous allons faire allusion ont été publiées *in extenso* dans notre travail précité. — M. Artières en a rapporté une sixième, recueillie à la Salpêtrière, dans sa thèse : *Étude des névralgies hystériques*, en particulier de la *névralgie faciale*, Paris, juillet 1891, faite sous notre inspiration.

noté à propos de la malade de l'observation V de notre mémoire. Par un mécanisme encore inconnu, car, pour les faits précédents, on peut invoquer les anastomoses, cette influence des zones hystérogènes, entre elles, peut s'exercer à des distances bien plus grandes encore. La pression d'une zone ovarique peut déterminer, par exemple, une crise de migraine ophthalmique d'origine hystérique, paroxysme qui nous semble en rapport direct avec une zone hyperesthésique hystérogène des milieux de l'œil (1).

Nous noterons que, dans l'observation II, les crises névralgiques duraient parfois de un à deux jours, constituant ainsi un véritable *état de mal névralgique,* que nous allons retrouver encore plus marqué dans les observations IV et V.

La malade de l'observation IV présentait, en effet, un véritable état de mal qui durait parfois trois jours et était entrecoupé de périodes d'exacerbation et d'apaisement des phénomènes douloureux, ainsi qu'on l'observe quand il s'agit de phénomènes convulsifs. De plus, elle avait également des crises névralgiques par irradiation d'un point hyperesthésique du vertex (clou hystérique).

La malade de l'observation V était extrêmement intéressante. Les névralgies duraient depuis plus de vingt ans ; elles survenaient deux à trois fois la semaine, presque à jour fixe ; elles étaient horriblement douloureuses, et l'avaient conduite à la morphinomanie avec toutes ses conséquences physiques et morales. Tous les médicaments avaient échoué, y compris le sulfate de quinine, qui, pris avec persistance, n'avait pu que déplacer un peu les crises, sans même les atténuer. Il nous suffit de quelques séances de *petit hypnotisme* pour faire disparaître ces phénomènes douloureux qui avaient empoisonné toute une existence. Où trouver un meilleur argument que ce dernier en faveur de l'hystérie (2)?

(1) Babinski, *De la migraine ophthalmique hystérique : Archives de neurologie,* novembre 1890, obs. III, p. 324.

(2) A ces observations, on pourrait, peut-être, en ajouter une autre dans

Peut-on maintenant différencier ces paroxysmes de la névralgie faciale vraie, dont la pathogénie est si variée d'ailleurs, qu'elle constitue bien plus une expression symptomatique qu'une maladie autonome à proprement parler?

M. Charcot, en présentant à ses auditeurs la malade dont nous avons parlé en premier lieu, insistait sur le *caractère vespéral* de la névralgie hystérique, comparé au *caractère matutinal habituel* du tic douloureux ordinaire. Cette opinion s'est trouvée vérifiée dans nos cinq observations et dans celle de M. Artières.

Dans la névralgie hystérique, l'œil ne pleurerait pas, la narine du côté affecté ne se sécherait pas : il est difficile de se prononcer sur ces points particuliers.

Le tic douloureux est, dans la très grande majorité des cas, favorablement influencé par des doses de sulfate de quinine quotidiennes et prolongées, de 1 gramme à 1 gr. 50. Nous avons vu que, dans un cas, ce mode de traitement avait à peine modifié les heures d'apparition de l'accès.

C'est donc surtout sur la coexistence d'autres stigmates hystériques, sur la présence de zones hystérogènes au niveau ou dans le voisinage des nerfs douloureux, qu'il faudra se baser pour établir le diagnostic.

A notre avis, il est encore un autre procédé de diagnostic très sûr que nous ne connaissions pas, en 1888. Nous voulons parler de la formule chimique du paroxysme hystérique, que nous avons établie avec M. Cathelineau, et dont nous avons déjà eu l'occasion de dire quelques mots.

Les malades que nous avons observées l'ont été antérieurement à ces recherches, ou encore, examinées dans la clientèle privée, elles ne se trouvaient pas dans des conditions où l'examen urinaire fût possible. Nous ne raison-

laquelle la névralgie est signalée en ces termes : La malade, pendant la convalescence d'une pneumonie, « fut prise d'une *névralgie faciale droite à paroxysmes périodiques*, puis de vomissements et d'hématémèses. On reconnut alors la nature hystérique de l'affection et l'on prescrivit un traitement hydrothérapique. » CHARCOT, *Arthralgie hystéro-traumatique du genou*. Leç. rec. par P. BLOCQ : *Progrès médical*, n° 4, 28 janvier 1888.

nerions donc que par simple analogie si, comme nous l'avons dit, M. Chantemesse, dans une importante communication à la *Société médicale des hôpitaux* sur la *pseudo-méningite hystérique,* qui n'est autre chose, en substance, qu'un *état de mal à forme céphalalgique,* n'avait dû son diagnostic positif qu'à la constatation de la formule chimique du paroxysme hystérique que nous avons déterminée. Or, il y a trop d'affinités entre les crises céphalalgiques et les crises de névralgie faciale hystérique pour que l'assimilation, établie au point de vue clinique, ne s'impose pas au point de vue chimique.

Quand on aura des doutes sur la nature d'une névralgie faciale, qu'on songe, avant de porter un pronostic presque toujours très grave, combien il peut être facile de se renseigner par le simple examen du taux urinaire pendant la période de vingt-quatre heures comprenant l'accès, comparée à la même période consécutive ou antécédente, libre de tout paroxysme.

Nous n'insistons pas davantage sur tous ces faits. Nous voulions simplement montrer combien était importante la notion et l'étude des zones hyperesthésiques qui peuvent siéger dans la région du cuir chevelu. Nous noterons seulement encore que la zone du vertex peut être frénatrice. M. P. Richer a établi, en effet, qu'on pouvait arrêter l'attaque par la compression de cette région. Briquet, d'ailleurs, avait déjà écrit (p. 214) « que l'un des moyens les plus efficaces de soulager ces douleurs (de tête) consiste à presser méthodiquement, par une bande ou par un serre-tête, les régions frontale ou temporale». C'est pour répondre à ces indications thérapeutiques que M. Féré a fait construire un compresseur bitemporal (1), évidemment appelé à rendre des services dans ces cas particuliers.

(1) *Note sur la compression dans le traitement de quelques céphalées hystériques : C. R. de la Société de biologie,* séance du 5 mars 1887, p. 131.

*
* *

Parmi les zones hyperesthésiques hystérogènes du *tronc,* il n'en est pas de plus fréquente et de plus intéressante peut-être que celle qui siège le long de la colonne vertébrale, plus particulièrement dans certaines régions que nous allons déterminer.

Sydenham, le premier, l'a décrite en ces termes : « Mais, de tous les symptômes de cette maladie, il n'en est point de si fréquent qu'une certaine douleur au dos, laquelle ne manque jamais de se faire sentir, même dans les plus légères attaques de la passion hystérique. Cette douleur, et les autres dont j'ai fait mention, ont cela de commun que, après même qu'elles sont passées, elles laissent les parties qui les ont souffertes tendues et sensibles comme si elles avaient été rouées de coups de bâton; en sorte qu'on n'y saurait toucher, et cette sensibilité ne cesse que peu à peu. »

On ne peut mieux décrire l'hyperesthésie exagérée des téguments, et surtout l'exaltation de cette hyperesthésie après (ou avant) les attaques, point commun à toutes les zones de même nature.

Quant à Brodie, non seulement il étudie la rachialgie hystérique, mais il entoure sa description de considérations qui le mettent hors de pair dans cette question, comme nous le verrons bientôt.

Andral la signale en 1842, et Briquet nous donne à son sujet des statistiques qui corroborent l'opinion de Sydenham sur sa fréquence (p. 226) :

« La rachialgie est tellement fréquente chez les hystériques, qu'on pourrait dire qu'elle existe chez tous ces malades.

« Sur les quatre cent trente hystériques que j'ai observées, son existence a été notée trois cent six fois, et son absence seulement cinq fois. On peut donc assurer qu'il

est fort rare que les hystériques n'éprouvent pas des douleurs dans le dos. »

La plaque hyperesthésique hystérogène peut siéger sur toute la longueur du rachis; c'est là un fait rare (fig. 17,

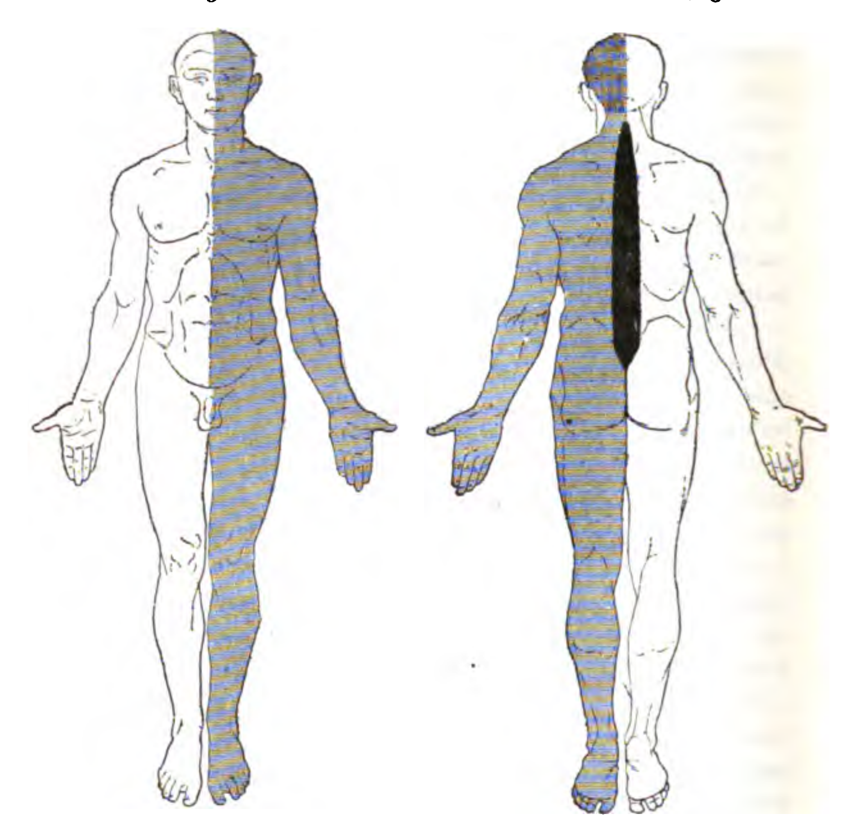


Fig. 17, 18. — *Zone hyperesthésique hystérogène du rachis.* (G. T.)

18); bien plus souvent, elle s'étend seulement sur une étendue de quatre ou cinq vertèbres, tantôt dans la région cervicale, le plus souvent dans la région dorsale ou lombaire, empiétant parfois sur l'une ou l'autre de ces régions et, d'une façon générale, siégeant particulièrement sur la région des apophyses épineuses, ne dépassant guère, latéralement, les gouttières vertébrales.

Parfois, la plaque hyperesthésique veut être cherchée, mais le plus souvent elle est le siège de sensations douloureuses qui attirent spécialement l'attention du malade. On les provoque, le plus facilement du monde, en frôlant simplement avec le doigt la peau qui recouvre les apophyses épineuses. Le moindre attouchement fait sursauter les malades quand il ne détermine pas une attaque. Aussi certains d'entre eux prennent-ils une attitude spéciale, renversant les épaules en arrière pour protéger la zone de tout contact, même de celui des vêtements.

Cette propriété hystérogène de la zone vertébrale avait été nettement signalée par Briquet, à une époque où la notion de ces zones n'existait pas encore véritablement :

« Il se développe assez souvent, dit-il, à l'occasion de cette hyperesthésie (rachidienne), des phénomènes sympathiques fort remarquables; si l'on presse fortement les apophyses épineuses et les muscles de la partie correspondante de la gouttière vertébrale, on provoque, à l'instant même, de l'oppression et de la constriction à l'épigastre. J'ai vu plusieurs fois cette action réflexe se produire plus complètement. Chez une même malade, la pression de la portion cervicale du rachis provoquait de la strangulation à la gorge et de la constriction à la glotte. Celle du haut de la portion dorsale produisait un resserrement de la poitrine, de l'oppression, de la dyspnée et quelquefois des battements de cœur. Enfin, la pression de la partie inférieure de cette même région déterminait l'apparition d'un resserrement épigastrique, avec une douleur assez semblable à celle qui est le prélude des attaques hystériques. »

Parfois, à ces douleurs parties de la zone rachidienne, il s'en joint d'autres dues à des plaques hyperesthésiques siégeant sur le thorax (*thoracalgie*), ou irradiant dans les espaces intercostaux (*pleuralgie*). Ces dernières même peuvent revêtir, ainsi que nous l'avons dit, un caractère névralgique et constituer un véritable paroxysme analogue à celui de la névralgie faciale de même origine. Alors, il

naît un complexus qui peut faire, et fait souvent songer à une maladie organique de la moelle épinière (1).

Cette notion a été mise en lumière, d'une façon merveilleuse, par Brodie. Nous ne pouvons résister au désir de citer le passage, de tout premier ordre, dans lequel l'hyperesthésie est nettement rapportée à la peau. Brodie portait ainsi, même avant qu'elles fussent nées, un coup considérable aux conceptions théoriques de Briquet, qui, nous le savons, localisait la grande majorité des phénomènes que nous décrivons dans les muscles.

« Une forme d'hystérie très fréquente, dit Brodie (p. 32), est celle où les symptômes s'accusent du côté de la moelle. Il arrive souvent que, dans ces cas, on croit avoir affaire à des ulcérations des disques intervertébraux ou des corps des vertèbres. C'est là une fâcheuse erreur de diagnostic, dont il m'est arrivé très souvent de constater les funestes effets. J'ai vu condamner au repos et à la position horizontale, pendant des années, des jeunes filles que l'on soumettait encore au traitement par les cautères et les sétons, alors que le grand air, l'exercice et les passe-temps les eussent complètement guéries en quelques mois.

« Dans ces cas, la malade se plaint de douleur et de sensibilité dans le dos : il s'y ajoute souvent quelques-uns ou plusieurs des symptômes suivants, ce qui est bien fait pour dérouter le médecin : douleurs dans les membres, et surtout dans les membres inférieurs; sensation de constriction de la poitrine; contractions musculaires involontaires survenant tantôt par un changement de position, tantôt sans cause appréciable; sensation de faiblesse dans les membres inférieurs, au point qu'ils peuvent à peine supporter le poids du corps; enfin, une véritable paralysie avec difficulté de la miction. Mais cette difficulté dispa-

(1) Poirier. L. M. *Sur un syndrome hystérique simulant la pachyméningite cervicale hypertrophique*. Thèse de Paris, 1890. — Lumbroso, G. *Della meningite cronica semplice dell' adulto e di una sua speciale forma a tipo istero-epilettico* (*Lepto meningite cronica emoraggica*). *Sperimentale; Mem. orig.* XLV, 157-209, Florence, 1891.

raît bientôt, au point qu'il ne serait pas pardonnable à un observateur consciencieux de méconnaître la nature véritable de la maladie. En effet, la douleur dans le dos est rarement limitée à un point, mais s'étend dans les diverses régions de la colonne vertébrale et change souvent de place.

« La sensibilité, le long de la colonne vertébrale, présente un caractère tout particulier. *L'hyperesthésie morbide réside surtout dans la peau,* et la malade témoigne beaucoup plus de douleur quand on ne fait que pincer légèrement la peau, que quand on presse sur les vertèbres mêmes. Le plus souvent, la douleur est plus forte que dans le cas de carie vertébrale, et les contractions musculaires présentent une ressemblance frappante avec celles de la chorée. Dans le cas où il y a de la paralysie ou de la parésie, cette paralysie diffère entièrement de celle qui accompagne une compression de la moelle ou du cerveau ; c'est ici le lieu de faire remarquer que, dans la paralysie hystérique, en général, *ce ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, mais c'est la volonté elle-même qui n'entre pas en jeu.* D'autres circonstances peuvent également aider au diagnostic : l'aspect de la malade, son état de santé générale, son âge, l'état des fonctions utérines, et surtout la circonstance d'autres symptômes de nature hystérique plus communs. »

Nous ne soulignerons pas, un à un, tous les termes de la description de Brodie, mais on peut y reconnaître une partie des traits du complexus décrit par M. Audry sous le nom de *pseudo-mal de Pott hystérique* (1).

Aux douleurs localisées, aux paralysies si fréquentes des membres inférieurs dans l'hystérie, qui peuvent revêtir le caractère spasmodique, s'ajoutent parfois, en outre, certaines particularités dans la conformation de la colonne lombaire sur lesquelles M. Paul Richer (2) a particuliè-

(1) *Lyon médical,* t. LVI, n° 43, 23 octobre 1887, p. 235.

(2) *Note sur l'anatomie morphologique de la région lombaire : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* t. I, 1888, p. 13.

rement appelé l'attention. Dans ces cas, l'erreur serait encore beaucoup plus facile à commettre.

Chez certains sujets, en effet, les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, particulièrement dans la flexion du tronc en avant, font une saillie normale qu'on a pu, à tort, considérer comme morbide.

Dans un cas que nous avons communiqué à M. Paul Richer, et qu'il a rapporté dans ce même travail, quatre grands cautères avaient été posés autour de cette saillie de la colonne lombaire, à laquelle se superposait une large plaque hyperesthésique. Le malade était syphilitique, et l'on avait pensé à des infiltrations gommeuses des corps vertébraux avec compression médullaire.

Les deux malades de M. Audry avaient été tourmentés par des pointes de feu et un corset contentif.

M. Charcot, dans ses *Leçons du mardi* (1); M. Souques (2), dans son excellente thèse, ont insisté sur ces faits, auxquels la thèse de M. Merlin (3) n'a rien ajouté de particulier.

Si nous nous rappelons ce que nous avons dit des zones hyperesthésiques, on comprend combien toute excitation à leur niveau, telle que pointes de feu ou cautères, sera désastreuse, parce qu'elle deviendra une cause permanente d'excitation. Ces douleurs de la colonne vertébrale, qui ont toujours une si mauvaise signification dans la médecine populaire, devenues alors constantes, entretiendront l'esprit du malade dans l'idée qu'il est porteur d'une maladie incurable, d'une affection de la moelle épinière, et, en matière d'hystérie, nous apprendrons que trop souvent, hélas! l'idée se traduit par un acte, d'autant que la diathèse de contracture ou l'amyosthénie, qui font partie du groupe des stigmates permanents, ne demandent qu'à entrer

(1) *Leçons du mardi*, 1888-1889, 9e leçon.

(2) *Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière*. Thèse de Paris, 1891.

(3) MERLIN, *Du pseudo-mal de Pott hystérique*. Thèse de Paris, 1889. Voy. aussi BEAUJOLIN, *De la rachialgie hystérique*. Thèse de Paris, 1876.

en jeu pour réaliser une paralysie spasmodique ou flasque.

Les considérations que nous venons de présenter à propos du pseudo-mal de Pott hystérique se rapportent particulièrement à l'adulte. M. Grancher, *professeur de clinique des maladies des enfants,* a envisagé et résolu cette question, avec une rare sagacité, chez les petits sujets soumis à son observation, si l'on considère que l'hystérie infantile n'est pas très commune et que, de plus, la fréquence des stigmates permanents y est beaucoup moindre que dans un âge plus avancé. En outre, chez les enfants, il faut encore, et souvent, compter avec le *rachitisme vertébral.* Nous ne saurions mieux faire que de rapporter, presque intégralement, le résumé de la leçon que M. Grancher a consacrée à cette importante question (1).

« Au point de vue de son influence sur la marche, Kassovitz a divisé le rachitisme en quatre degrés, depuis, dit-il, la forme la plus bénigne, qui ne peut retarder la marche que de quelques mois, jusqu'à ces formes graves qui peuvent la retarder indéfiniment. Il est remarquable, d'ailleurs, que ces enfants se trouvent fort bien assis, et ne présentent aucune espèce de paralysie quand ils sont à l'état de repos, et l'on peut en conclure que la cause de ce retard ne réside pas dans la faiblesse des membres, mais dans l'état douloureux des articulations. Cette douleur articulaire est signalée d'ailleurs, depuis longtemps, comme phénomène prémonitoire ou concomitant du rachitisme, et Trousseau et Lasègue ont insisté sur ce fait que c'était la douleur qui empêchait les rachitiques de marcher.

« Le rachitisme de la colonne vertébrale présente souvent des difficultés de diagnostic extrêmes, et c'est alors avec le mal de Pott que la confusion est toujours faite, les deux affections présentant une symptomatologie presque entièrement semblable.

« C'est là un fait qu'il est facile de vérifier chez beaucoup

(1) *Du retard de la marche chez l'enfant; rachitisme vertébral : Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* t. LIX, 3e série, p. 61, art. 13749, 1888.

d'enfants qui, tout en pouvant exécuter tous les mouvements qu'on leur commande quand ils sont couchés, refusent, cependant, de poser les pieds par terre pour essayer de marcher. »

M. Grancher rapporte alors un cas de rachitisme vertébral qui, jusqu'au moment de la terminaison fatale, amenée par une maladie intercurrente, et de l'autopsie qui la suivit, fut pris pour un mal de Pott, et il ajoute : Une semblable erreur fut commise « dans le cas suivant, intéressant à divers égards et qui est relatif à une petite fille de six ans et demi, actuellement dans le service pour des accidents nerveux. Cette enfant, issue de parents entachés de nervosisme, eut elle-même, vers dix-huit mois, des attaques nerveuses avec perte de connaissance et état convulsif. Dès qu'elle put parler, elle annonçait à l'avance l'invasion de l'attaque qu'elle sentait venir.

« Ce fut dans ces conditions que, vers trois ans et demi, on vit se produire chez elle, à la partie inférieure de la colonne vertébrale, une saillie qui fut considérée par un chirurgien comme étant due à un mal de Pott. Aussi l'enfant fut-elle mise dans une gouttière de Bonnet, où elle resta quatorze mois. Ce séjour prolongé lui fut, d'ailleurs, utile au point de vue de l'état général.

« Cependant, trois ou quatre mois après le début du traitement, un autre chirurgien consulté ne trouva plus de mal de Pott, mais crut constater l'existence d'une coxalgie. Enfin, quand elle sortit définitivement de sa gouttière, toutes traces de mal de Pott et de coxalgie avaient disparu, mais l'enfant présentait un pied-bot varus-équin par contracture des muscles du mollet. Or, il est démontré maintenant que toutes ces déformations étaient le résultat de spasmes musculaires de nature hystérique portant successivement sur les muscles de la région lombaire, de la hanche et de la jambe. Ainsi s'explique la disparition du mal de Pott et de la coxalgie. Cette malade est un exemple aussi curieux par l'erreur qui a été commise à propos d'elle, que par le fait de phénomènes hystériques ayant

débuté à l'âge de dix-huit mois. Elle présente, en effet, plusieurs stigmates d'une hystérie certaine. »

*
* *

Ces difficultés de diagnostic, dans les cas de pseudo-tabes ou d'association hystéro-tabétique, seront d'autant plus grandes qu'une autre zone latérale du tronc, hyperesthésique ou hystérogène, s'associe souvent avec la rachialgie. Nous voulons parler de la *pleuralgie,* que Briquet a notée deux cent trente-trois fois sur trois cents malades. Elle serait souvent unilatérale et siégerait, dit-il, plus particulièrement à gauche, opinion qui lui est commune avec Nicod (1) et Bassereau (2). La description qu'il en donne (p. 231) est des plus intéresssantes.

Nous rappellerons enfin, avant d'aller plus loin, qu'il est, en dehors de l'hystérie, une autre maladie, cette fois organique, dans laquelle on observe la même plaque d'hyperesthésie rachidienne, nous avons nommé l'ataxie locomotrice. Or, l'hystérie peut simuler l'ataxie « pseudotabes hystérique (3) » ou s'associer avec elle (4); dans ces cas, la plaque rachialgique est appelée à jouer un grand rôle ; il est donc de la plus haute importance de la connaître parfaitement.

« Son siège, dit Briquet, a quelque chose de fixe qui n'avait pas échappé à l'attention des observateurs. Elle s'étend ordinairement en manière de demi-ceinture, qui tantôt suit la disposition oblique des côtes, tantôt est encore plus oblique qu'elles, et d'autres fois est assez exactement horizontale. Cette ceinture part de la gouttière vertébrale

(1) *Observation des névralgies thoraciques. Nouveau Journal de médecine et de chirurgie,* sept. 1818.

(2) *Étude de la névralgie intercostale.* Thèse de Paris, 1840.

(3) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et sur l'hypnotisme,* 35e leçon, Paris, 1891, t. I, p. 465.

(4) Charcot, *Leçons du mardi,* 1887-1888, p. 423; 1888-1889, p. 151 et 277.

où elle semble souvent être une continuation de la rachialgie et vient se terminer en avant, en se confondant en quelque sorte avec l'épigastralgie. Elle occupe ordinairement une hauteur de quatre à cinq travers de doigt au niveau des cinquième, sixième, septième et huitième côtes et des espaces intercostaux correspondants. Quelquefois, mais très rarement, elle a plus de hauteur; dans un certain nombre de cas, je l'ai vue se confondre inférieurement avec l'hyperesthésie du muscle grand oblique de l'abdomen... Cette douleur peut gêner la respiration, la toux et même la marche, à peu près comme le ferait une pleurodynie. Elle peut s'accompagner de l'hyperesthésie d'une portion plus ou moins étendue de la peau qui lui correspond, mais rarement elle se joint à l'anesthésie. »

Qu'on ajoute à la plaque hysperesthésique de la région dorsale l'existence d'une sensation de constriction thoracique, d'une gêne douloureuse due à cette plaque d'hyperesthésie latérale, sans compter les douleurs spontanées dont la région peut être le siège et qui simuleront les douleurs fulgurantes, n'aura-t-on pas alors un tableau presque complet des douleurs en ceinture de l'*ataxie locomotrice* et de l'exquise sensibilité thoracique et rachidienne qui s'observe si souvent dans cette affection? Nous avions donc raison de dire que la connaissance de ces plaques hyperesthésiques était de la plus haute importance.

Une plaque hyperesthésique hystérogène du tronc très fréquente est celle qui siège au niveau de l'épigastre (*épigastralgie*); nous l'étudierons en parlant de la localisation de l'hystérie sur l'estomac. Retenons seulement ce fait qu'elle coïncide très fréquemment avec de véritables *crises gastriques* hystériques, nouvelle difficulté ajoutée au diagnostic différentiel avec l'ataxie locomotrice.

La zone hyperesthésique-hystérogène de la colonne vertébrale peut se localiser à son extrémité inférieure et constituer la *sacrodynie hystérique,* affection très douloureuse, extrêmement tenace, « s'exaspérant, en général,

dit M. Pitres (1), dans la position verticale et constituant par son intensité et sa persistance une véritable infirmité ». On l'a vue résister à la résection du coccyx, ce qui, d'ailleurs, est un témoignage en faveur de sa nature psychique. Elle s'accompagne ordinairement de stigmates hystériques qui mettront sur la voie du diagnostic, mais il est un signe qui permettra le plus souvent d'éviter l'erreur, c'est l'hyperesthésie exquise des téguments cutanés analogue à celle que l'on rencontre dans les autres régions de l'axe vertébral, et qui, dans un cas de Pitres, était telle que le moindre contact à son niveau provoquait des attaques convulsives. Ce dernier caractère suffirait à différencier la sacrodynie hystérique de la *plaque sacrée* des neurasthéniques, toutes réserves faites en ce qui regarde l'association si fréquente des deux névroses.



Les zones hyperesthésiques hystérogènes siégeant au niveau de la colonne dorsale, les zones situées dans la région intercostale gauche (pleuralgie), peuvent donner lieu par irradiation (Huchard) à des phénomènes douloureux tout particuliers qui, plus fréquemment encore, coïncident avec la présence dans la région sternale ou précordiale de zones de même nature; nous voulons parler de la *pseudo-angine de poitrine d'origine hystérique*.

Ce terme de *pseudo*-angine n'est peut-être pas très justifié, malgré l'usage, car, ainsi que l'a écrit, en 1882, M. Marie (2), alors interne de M. Charcot, « nous pensons que l'angine de poitrine doit être considérée, non pas comme une maladie spéciale, existant de toutes pièces, mais comme un syndrome pouvant s'observer dans un certain nombre d'affections et revêtant, il est vrai, quelques carac-

(1) *Leçons cliniques sur l'hystérie, op. cit.*, t. 1, p. 189.
(2) *Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie. Revue de médecine,* 1882, p. 339.

tères spéciaux suivant la maladie à laquelle elle est due, mais restant toujours, cependant, l'angine de poitrine.

« Celle des hystériques est tout aussi parfaitement analogue à l'angine de poitrine vulgaire, que l'hémianesthésie des hystériques est comparable à l'hémianesthésie produite par la lésion de la partie postérieure de la capsule interne, ainsi que l'a démontré M. Charcot depuis près de dix ans. »

A peu près à la même époque, notre maître, M. Landouzy, dans une série de leçons faites pendant les vacances de 1882, dans le service de M. le professeur Hardy, et publiées dans le *Progrès médical,* en 1885 (1), exprimait les mêmes opinions. De plus, phénomène important au point de vue du diagnostic, il montrait la possibilité de la coexistence de l'angine de poitrine hystérique avec des cardiopathies vraies, donnant ainsi un nouvel appui à la doctrine des associations morbides, dont le rhumatisme et l'hystérie offrent un exemple si constant.

Cette question était mûre du reste, car, en 1882, concurremment avec les deux précédents auteurs, Liégeois (2) et Cardarelli (3) signalent l'existence de l'angine de poitrine hystérique en termes des plus explicites, et M. Huchard, qui, en 1883, dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld (4), lui consacre plusieurs passages, va désormais en faire le sujet d'études constantes, inspirant l'importante thèse de Le Clerc (5) et publiant lui-même, dans le *Progrès médical* (6), des leçons qui méritent d'être consultées à plus d'un titre.

(1) Landouzy, *De l'angine de poitrine envisagée comme symptôme et dans ses rapports avec le nervosisme arthritique. Progrès médical,* n° 35, 1883, p. 689.

(2) Liégeois. *Revue médicale de l'Est,* 1882-1883. *Mémoire couronné par la Société de médecine d'Amiens.*

(3) Cardarelli, *Le malattie nervose e funzionali del cuore.* Naples, 1882.

(4) Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses,* 2e éd., 1883, p. 339 et 1028.

(5) Le Clerc, *L'angine de poitrine hystérique.* Thèse de Paris, 1887.

(6) Huchard, *La pseudo-angine de poitrine hystérique. Progrès médical,* 15 juin 1889, nos 24 et suiv.

Est-ce à dire qu'avant 1882, il n'existait pas dans la science des observations d'angine de poitrine hystérique? Évidemment non; mais on peut affirmer, en toute certitude, que cette variété de l'angine n'avait encore pas droit de cité dans la nosographie médicale.

C'est ainsi que, dès 1812, Millot dans sa thèse inaugurale (1), rapportant une observation d'angine de poitrine, disait : « On n'a point encore noté la complication avec des phénomènes hystériques, complication que j'ai encore observée chez la même femme. » Ces considérations s'appliquent à Lartigue (2), qui classe cependant dans l'hystérie le fait de Millot; à Bouchut (3), à Cordes (4), à Osgood (5), pour ne citer que ceux-là, et même à Aubry (6), qui, connaissant les cas de Charcot et Marie, ne songe même pas à rapporter à l'hystérie la première de leurs observations, qui est un type du genre. On voit donc combien encore, en 1885, la notion de l'angine de poitrine hystérique était peu répandue.

Nous nous efforcerons, maintenant, d'insister sur les particularités qu'offre cette angine dynamique, comparativement à l'angine de poitrine ordinaire ou organique.

L'*âge* auquel débutent et s'installent les accès a une grande importance. Dans 28 cas que M. Le Clerc a examinés, le début avait eu lieu : 1 fois entre 6 à 7 ans (Tommasi); 1 fois à 13 ans (Landouzy) ; 2 fois au-desssous de 20 ans; 8 fois au-dessous de 30 ans; 8 fois au-dessous de 40 ans; 6 fois au-dessous de 50 ans et 2 fois au-dessus. Ces dates d'apparition ont leur éloquence ; elles montrent que l'angine hystérique débute surtout au-dessous de quarante ans, ce qui est le contraire pour l'angine organique. La statistique précédente comprend seulement quatre

(1) Millot, *Dissertation sur l'angine de poitrine*. Thèse de Paris, 1812.
(2) Lartigue, *Traité de l'angine de poitrine*, 1846.
(3) Bouchut, *Revue médicale française et étrangère*, 1841, t. IV.
(4) Cordes, *Deuts. Archiv für klin. Medic.* 1874.
(5) Osgood, *The American Journ. of. med. sciences*, Philadelphie, 1875.
(6) Aubry, *Sur l'angine de poitrine*. Thèse de Paris, 1882.

hommes, alors que le sexe masculin est beaucoup plus frappé que le sexe féminin dans l'angine vraie, par suite de son exposition plus fréquente aux causes productrices de l'artério-sclérose.

« Une chose digne de remarque, dit M. Le Clerc (p. 32), est que, pour plusieurs sujets, l'angine de poitrine a été la première manifestation de l'hystérie constitutionnelle qui s'est révélée, dans la suite, sous les aspects les plus divers. » Il n'y a là, à notre avis, rien de particulier ; dans l'hystérie à paroxysmes angineux ou autres, c'est bien souvent de l'apparition de la première attaque, quelle qu'elle soit, qu'on fait dater le début de l'affection, alors qu'il pouvait (ou non) exister auparavant des stigmates permanents qu'on ne songeait pas à rechercher.

Il eût été plus vrai de dire qu'une fois le paroxysme angineux survenu, il y a bien des chances pour que tous les autres paroxysmes revêtent ce même caractère ; ce sont toujours les mêmes malades qui ont des attaques de sommeil, des attaques à forme d'épilepsie partielle, etc. La première malade de M. Marie fut prise à dix-sept ans, pendant la nuit, de son attaque initiale d'angine de poitrine ; elle a aujourd'hui près de quatre-vingts ans ; les accès n'ont commencé à s'atténuer que vers 1875 ; pendant cette longue période, ils ont toujours conservé la même forme. C'est là un indice de la *ténacité* de ces paroxysmes.

Quant à leur fréquence, on doit distinguer : 1° la répétition des accès eux-mêmes ; 2° leur fréquence réelle. Sous ce rapport, M. Huchard (1) a cité le cas d'une malade hystérique qui, observée par M. Rigal, « dans l'espace de deux ans, fut prise plus de deux cents fois d'accès d'angine de poitrine extrêmement intenses, accompagnés de l'angoisse et de l'anxiété caractéristiques » ; mais tous les cas ne sont pas coulés dans le même moule.

En ce qui regarde la *fréquence réelle*, nous devons dire que le paroxysme angineux est une manifestation rare de

(1) *Traité des névroses*, 2e éd., p. 339.

la névrose. Depuis 1884, jusqu'à ce jour, nous n'avons jamais observé à la Salpêtrière qu'Aurel..., la malade de MM. Charcot et Marie, et encore, depuis 1882, l'angine n'est plus chez elle qu'à l'état extrêmement fruste.

Le *début* de l'accès est le plus souvent soudain et souvent aussi *nocturne*, dernier caractère sur lequel ont insisté les auteurs et qu'on ne retrouve pas dans l'angine organique. Un examen attentif du malade eût pu, peut-être, faire déjà constater l'existence de ces zones hyperesthésiques hystérogènes, qui siègent dans la région précordiale, occupent une large surface (1), empiètent sur la région sternale ou envoient des irradiations du côté du cœur comme dans le cas de Huchard (2), où il existait « à la partie moyenne des vertèbres dorsales un point d'hyperesthésie, sorte de *clou dorsal*, analogue au clou hystérique du sommet de la tête... ; le frottement des doigts était très sensible au niveau des septième et huitième nerfs intercostaux du côté gauche » .

C'est, en effet, par l'exaltation de ces zones que va commencer l'accès ; quelquefois même, l'aura se produit plus loin encore, dans les testicules qui semblent gonflés, dans la région abdominale, comme dans la première observation d'Aubry.

L'accès éclate et, presque aussitôt, la douleur est portée à son summum ; ce sont des griffes de fer qui déchirent la peau, un étau qui broie le côté gauche : les comparaisons, quoique variées, expriment toujours le même sentiment de souffrance. Les douleurs ne restent pas localisées, elles irradient à leur tour dans le cou, gagnent le membre supérieur, s'étendent jusqu'aux extrémités digitales, surtout dans le domaine du cubital (petit doigt et annulaire), et envahissent parfois tout le côté gauche, qui peut devenir le siège de sensations toutes spéciales. La peau de toutes ces régions est alors le siège d'une hyperesthésie exquise.

D'autres fois, la crise suit, pour ainsi dire, un trajet

(1) RENDU, *Leçons de clinique médicale*, t. I, 1890, p. 404.

(2) *Progrès médical*, 1889, t. I, p. 472.

inverse; elle débute par le petit doigt (cas de Charcot-Marie), pour gagner le tronc et se continuer comme devant. Dans des cas beaucoup plus rares, on a même vu la douleur partir des orteils du pied gauche et suivre une marche ascendante.

Telle est, — en partie au moins, — la *forme névralgique* à laquelle on a opposé, comme dans l'angine vraie, la *forme vaso-motrice*. Dans celle-ci, la face devient alternativement pâle, froide, puis livide, rouge ou bleuâtre; mêmes phénomènes peuvent se passer du côté du bras gauche; les malades ont la sensation du doigt mort. Aurel... avait une sensation de refroidissement dans tout le côté gauche, qui était « comme du marbre ». Ces phénomènes sont surtout terminaux.

Pendant l'accès, *l'état du cœur et du pouls,* très important comme on le pense, est des plus variables. Dans la première observation de Marie, le pouls est presque insensible à la radiale gauche; il bat à 90. Dans la deuxième, il monte à 130, 150, avec une intermittence toutes les 10 à 15 pulsations. Dans un cas d'Osgood, il battait à 140. Pendant ce temps, la paroi thoracique est (ou non) violemment ébranlée par les secousses cardiaques. En somme, grande irrégularité de tous ces phénomènes, irrégularité qui nous a semblé dominée par un état mental qui n'est pas univoque et va de la tranquillité d'esprit, relative au moins, à l'agitation la plus complète.

Même irrégularité respiratoire : arrêt complet, respiration singultueuse, dyspnée, oppression.

Les pupilles sont, ou dilatées (Rendu), ou contractées (Charcot); dans un cas, il y avait dilatation de la pupille gauche et la pression du sympathique cervical était douloureuse; celle du nerf phrénique, au niveau des scalènes, paraît l'être dans tous les cas.

Pendant ce temps, l'*état mental,* avons-nous dit, est également très variable; c'est un sentiment de terreur inexprimable, ou des tendances à l'affaissement, à la syncope. Qu'on cherche bien, et l'on notera souvent qu'un *rêve,* celui

de l'attaque, traverse toute cette période. C'est ainsi, il nous semble, qu'il faut interpréter un cas de M. Huchard (1) : « Chose curieuse, disait un malade, au début de chaque accès dont la durée ne dépasse pas trois ou quatre minutes, mon cerveau me retraçait une vision que je voyais se dérouler, chaque fois, de la même façon, dont j'avais conscience pendant l'accès, au point de la reconnaître, sans cependant pouvoir la décrire une fois l'accès passé. »

La *durée* des accès est fort variable, de quelques minutes à plusieurs heures ; dans ce dernier cas, on a affaire à un véritable *état de mal*. Parfois, nous l'avons dit, les accès se montrent tout à fait à l'état fruste.

Nous avons, jusqu'à présent, réservé certains côtés de l'accès que nous allons utiliser, désormais, au point de vue du diagnostic avec l'angine organique.

Les causes provocatrices sont bien différentes dans les deux cas ; c'est à la suite d'une impression morale (2), d'une contrariété, que débutera l'accès hystérique, alors que l'effort, la marche contre le vent, une cause physique, en un mot, feront apparaître l'accès organique, qui est diurne et non *nocturne*, irrégulier dans son apparition, et non avec tendance à la périodicité.

Dans l'accès organique, le pouls et la respiration restent calmes, le plus souvent : jamais, dans tous les cas, on n'observe cet éréthisme du cœur si particulièrement en rapport avec les cris, les plaintes, l'agitation de la crise hystérique, dont la *terminaison* se juge souvent, soit par une attaque syncopale, soit par des rires, des pleurs, des sanglots, et physiquement par des éructations, l'émission d'une urine abondante et claire, et aussi, quelquefois, par des vomissements de sang dans les formes vaso-motrices. Ce dernier

(1) *Progrès médical*, 1889, t. I, p. 447.

(2) « En général, dit M. Pitres (*Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, p. 191), l'angine de poitrine hystérique reconnait pour cause occasionnelle la terreur inspirée aux malades par la vue d'une personne de leur entourage atteinte d'angine de poitrine vraie ou de dyspnée cardiaque. » Ces remarques ont un grand intérêt prophylactique.

caractère pourrait s'observer également dans l'angine organique (Rendu), ce qui est à vérifier.

Enfin, phénomène capital, n'oublions pas que la pression d'une zone hystérogène (Rendu) peut déterminer l'apparition d'un accès.

Néanmoins, ces phénomènes d'angine de poitrine (sans épithète) entraînent tellement avec eux une idée funèbre — disons le mot — que, véritablement, le médecin a besoin de s'entourer de toutes les ressources de l'art avant de porter un diagnostic ayant pour immédiate conséquence un *pronostic* qui seul intéresse le malade ou les personnes qui l'entourent.

D'autant que les cas peuvent être très compliqués. M. Landouzy, M. Huchard, M. Albot (1), dans une thèse récente, ont attiré l'attention sur la coexistence, chez le même individu, d'une affection cardiaque organique et d'une angine de poitrine hystérique. Il est même permis de prévoir qu'un jour on se trouvera en présence, chez la même personne, d'une part, d'accès hystériques; d'autre part, d'accès organiques. Comment se prononcer alors? A notre avis, de la même façon que nous avons résolu la question (ainsi que nous le montrerons) dans les cas où, chez le même individu, il existe des crises distinctes d'hystérie et d'épilepsie : par l'analyse des urines. Nous ne savons pas, à la vérité, ce qui se passe dans l'angine organique, mais, jusqu'à présent, la formule chimique que nous avons donnée, avec M. Cathelineau, des accès hystériques douloureux ou autres, s'est trouvée vérifiée et reste particulière à la névrose.

Nous croyons qu'on devra avoir recours à ce procédé d'investigation chaque fois qu'on s'exposera, comme dans le cas actuel, à déclarer absolument bénigne une affection qui tuera le lendemain, ou à considérer comme mortelle une maladie qui pourra s'évanouir au premier vent, comme

(1) *De la pseudo-angine de poitrine hystérique chez les cardiaques.* Thèse de Paris, 1890.

tous les accidents hystériques, et cela, à la plus grande confusion du médecin.



Parmi les zones cutanées, nous en trouvons deux chez l'homme, qui sont également très fréquentes.

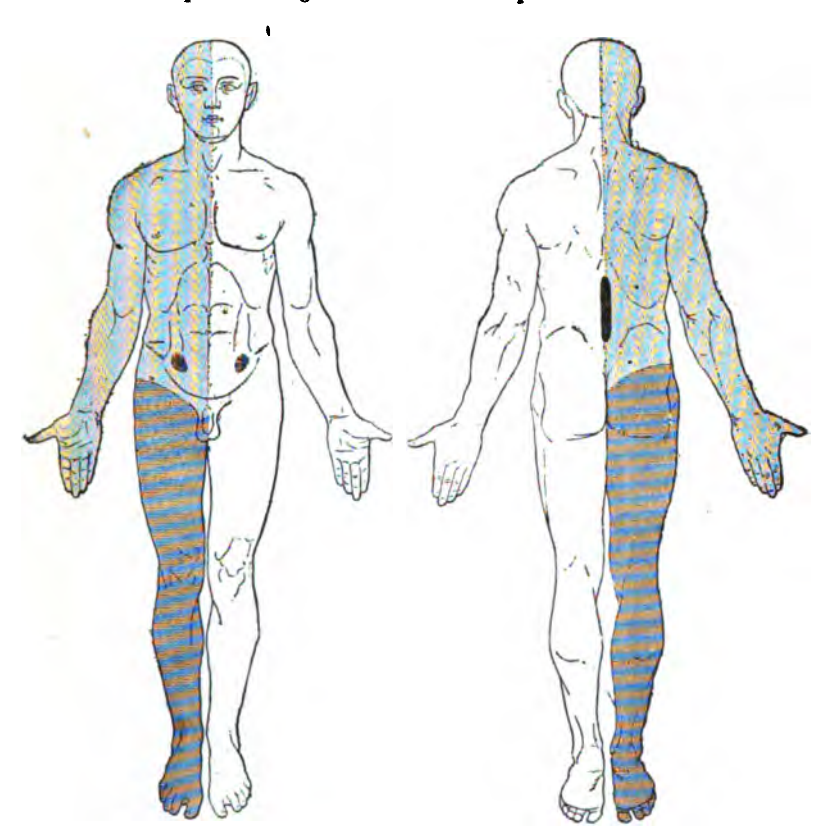


Fig. 19, 20. — Zones pseudo-ovariennes, zone hystérogène dorsale, hémianesthésie et hémihypoesthésie à droite. (G. T.)

La première est située dans la région qui, chez la femme, répond à l'ovaire : c'est la *zone pseudo-ovarienne* (fig. 19, 20). Elle est uni ou, plus rarement, bilatérale, et siège parti-

culièrement du côté anesthésique ou hyperesthésique. Ce n'est pas une plaque cutanée à proprement parler, car, à son niveau, assez souvent, la peau est insensible et la pression doit être assez profonde pour déterminer l'attaque. Mais comme, chez l'homme, elle ne répond à aucun organe particulier, si ce n'est, peut-être, aux anses intestinales, nous l'avons distraite des zones viscérales : nous insistons, encore une fois, sur sa fréquence et sur son peu d'étendue, sur sa limitation exacte dans l'une ou l'autre des fosses iliaques et sur la singularité de sa localisation.

La seconde siège dans la peau des bourses. Comme la précédente, elle est presque toujours unilatérale. Pour la différencier de la zone testiculaire, il suffit de saisir entre les doigts la peau du scrotum, sans comprimer le testicule.

Telles sont les zones cutanées qui, sauf réserves pour l'épigastralgie, nous ont semblé mériter une description particulière.

II

Zones hystérogènes des muqueuses. — C'est à un élève de M. le professeur Pitres, M. Lichtwitz, à la thèse duquel nous avons déjà fait plus d'un emprunt, que nous devons la meilleure étude sur les zones hystérogènes des muqueuses. Ces zones peuvent être simplement hyperesthésiques, mais beaucoup plus rarement, à ce qu'il semble, que les zones cutanées. Les recherches de M. Lichtwitz se bornent aux zones des muqueuses qui tapissent les organes des sens, et à la muqueuse laryngée. Nous laisserons également de côté les zones hystérogènes des muqueuses viscérales, qui seront étudiées dans des chapitres séparés, nous réservant, cependant, de dire quelques mots de celles qui siègent sur la muqueuse des organes génito-urinaires.

Avant M. Lichtwitz, les zones hystérogènes des muqueuses étaient restées presque complètement ignorées. Rosen-

thal (1), cependant, dit avoir provoqué des attaques chez deux hystériques « en touchant avec le spéculum, par hasard, ou volontairement, le col de l'utérus ». Franque (2), étudiant les causes extérieures qui avaient déterminé des attaques convulsives, dans soixante-treize cas, sur cent quatorze qu'il avait examinés, en mentionne un où la cautérisation du larynx provoqua des crises.

Chemin faisant, nous retrouverons, dans certaines observations antérieures à la thèse précitée, des exemples qui appartiennent évidemment à la classe des faits que nous étudions, mais ils doivent être rangés dans la catégorie des documents historiques et mentionnés uniquement à leur lieu et place, sous peine de redites.

M. Lichtwitz n'a rencontré que des zones *spasmogènes*, en dehors des zones *hypnogènes* dont nous ne parlerons pas ici. Celles qu'il étudie siégeaient sur les diverses régions de la muqueuse des voies respiratoires supérieures, nez, bouche, voile du palais, pharynx, larynx; sur les conduits auditifs externes, le tympan, les trompes, les cornées, les conjonctives et les canaux lacrymaux. Les rapports de coïncidence des zones hystérogènes des muqueuses avec les zones hystérogènes cutanées seraient fréquents, car, sur sept malades (six femmes et un homme) ayant présenté des zones hystérogènes extérieures, six présentaient des zones analogues, au moins sur une des muqueuses dont nous venons de parler. Si l'on ne constate pas plus souvent l'existence de ces zones, c'est qu'on ne songe que rarement, faute aussi d'habileté pratique suffisante, à explorer minutieusement les muqueuses qui en sont le siège.

Il peut exister sur les muqueuses, comme sur la peau, des zones hyperesthésiques susceptibles, à un moment donné, de se transformer en zones hystérogènes.

Les zones hystérogènes sont souvent inégalement dissé-

(1) Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*. Paris, 1858, p. 469.

(2) *Ueber hysterische Krämpfe. Wüzburger med. Zeitsch.* Bd I, Heft 3, u. 4. Analyse in *Canstatt's Jahresber.*, 1869, Bd III, p. 79.

minées; parfois, cependant, elles sont symétriquement disposées, occupant, en particulier, les mêmes régions des deux fosses nasales. Le peu d'étendue des muqueuses dont nous parlons nous évitera, d'ailleurs, d'entrer dans de longues considérations topographiques. Il ne semble pas, dit M. Lichtwitz, qu'elles siègent plus particulièrement sur les muqueuses du côté anesthésique; cependant, nous croyons que cette opinion a besoin d'être corroborée par de nouvelles investigations.

A l'inverse des téguments externes qui, objectivement, tout au moins, ne paraissent pas altérés dans leur aspect ou leur structure, les muqueuses présentent souvent des modifications appréciables.

Dans six cas où les fosses nasales étaient le siège de zones spasmogènes, il existait des lésions anatomiques : congestion, hypertrophie ou atrophie plus ou moins considérable de la muqueuse recouvrant les cornets inférieur et moyen. Dans un cas, le cornet moyen adhérait à la cloison; dans un autre, il y avait une exostose de cette dernière.

La muqueuse laryngée présentait des phénomènes inflammatoires; chez un malade, les conduits auditifs externes et les tympans devinrent le siège de zones à effets successifs, dans l'oreille droite, au cours d'une otite externe, et, dans l'oreille gauche, à la suite d'une inflammation avec perforation du tympan. Dans ces deux cas, la gravité de l'affection locale semblait aller de pair avec la fréquence et l'intensité des attaques hystériques.

Les zones hystérogènes siégeaient sur des muqueuses ayant conservé leur sensibilité (sauf toutefois pour une zone conjonctivale et une zone laryngée); mais M. Lichtwitz ne semble pas avoir cherché à établir si, positivement, la *zone elle-même* était douée ou privée de sensibilité superficielle. C'est d'ailleurs un point qu'il est difficile de déterminer, d'une façon précise, au cours de ces délicates investigations. Il est probable cependant que, comme sur la peau, il existe des zones hystérogènes des muqueuses excitables tantôt à la pression superficielle, tantôt à la pression profonde, car

certaines zones buccales répondaient au simple frottement, alors qu'il fallait exercer sur d'autres une véritable compression pour les mettre en action. Peut-être les zones situées du côté hémianesthésique étaient-elles un peu moins excitables que celles du côté exposé.

Outre la pression directe, les divers moyens d'excitation dont on se servit furent les courants faradiques ou galvaniques, les substances chimiques : ammoniaque ou acide acétique employés en inhalations.

La cocaïne réussit, parfois, à faire disparaître certaines zones, mais à condition que sa simple application ne fût pas suffisante pour faire apparaître la crise convulsive, même lorsqu'on l'employait en pulvérisations (nasales).

La connaissance de ces phénomènes est importante pour expliquer, ou éviter, l'apparition de certaines crises, survenant spontanément lors d'investigations portant sur les muqueuses chez des hystériques confirmés ou dont l'affection était restée, jusqu'alors, à l'état latent.

En 1821, Cloquet (1) écrivait que certains principes odorants très actifs étaient susceptibles de provoquer des crises convulsives, opinion partagée par Henrot et par Chairou. Szokalsky (p. 137) dut boucher les narines d'un de ses malades pour l'empêcher de sentir des odeurs (il ne dit pas lesquelles) qui provoquaient des convulsions.

Peut-être doit-on interpréter dans le sens de la mise en action de zones frénatrices, les mèches fumeuses, d'une odeur aussi pénétrante que désagréable, que l'on plaçait, dès la plus haute antiquité, sous les narines, pendant le paroxysme convulsif.

Si la crise se prolonge, dit Celse (*op. cit.*, p. 214), « *admovere oportet naribus extinctum ex lucerna lineamentum, ver aliud ex his quæ fœdioris esse odoris retuli* ».

Sherry (2) « rapporte l'observation d'une jeune fille qui

(1) *Osphrésiologie ou Traité des odeurs, du sens ou des organes de l'olfaction*, 2e éd., Paris, 1821, p. 115.

(2) *Clinical notes from practice. Maryland med. Journal*, 15 nov. 1884. An. in *Internat. Centr. f. Laryngologie*, t. I, 1884-1885, p. 270.

présentait des accidents hystériques en respirant par le nez. Elle était obligée de garder la bouche ouverte pour respirer, bien que les cavités nasales n'offrissent aucun obstacle au passage de l'air. »

Chez un malade de Thomsen et Oppenheim, la faradisation du larynx, par un courant énergique, provoquait un accès cataleptique.

« Nous sommes convaincu, dit M. Lichtwitz avec beaucoup de justesse, qu'en cherchant avec soin, on trouvera un grand nombre de faits analogues survenus à l'examen des muqueuses ou en pratiquant sur elles des opérations même très légères, et bien des praticiens se rappelleront avoir observé, chez des malades névropathiques, des syncopes et des crises, accidents qu'ils mettaient sur le compte de la peur qu'éprouvaient leurs clients. »

Il insiste, en outre, sur ce fait que la lésion locale jouant un rôle d'appel pour la localisation de la zone hystérogène, celle-ci peut disparaître par un traitement approprié portant sur la lésion nasale elle-même.

Dans deux cas rapportés, d'une part, par Habermann, de l'autre, par Blake et Watson, « les symptômes hystériques disparurent après la guérison de l'affection de la muqueuse de la caisse du tympan ».

Przedborsky (1) cite le fait d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'aphonie hystérique et de dyspnée spasmodique, contre lesquelles tous les modes de traitement externe ou interne avaient échoué. La cautérisation avec l'acide chromique des cornets inférieurs rouges et gonflés, qui étaient le siège d'une zone hystérogène, fit disparaître la dyspnée avec tous les autres phénomènes hystériques.

Il ne faudrait pas cependant, à notre avis, aller trop loin dans ce sens, car bien des causes banales, la seule crainte d'une opération, par exemple, peuvent influer suffisamment sur l'état mental des hystériques pour faire disparaître certains accidents actuellement en évolution. Tous ces

(1) Cité par Lichtwitz, p. 106.

faits n'en présentent pas moins un réel intérêt, surtout lorsqu'on les rapproche des cas observés par M. Lichtwitz lui-même.



Nous ne voudrions pas quitter les zones hystérogènes des organes des sens sans dire quelques mots des troubles que leur présence peut amener dans leur fonctionnement particulier.

Dans le chapitre que nous avons consacré aux anesthésies des muqueuses, nous avons étudié, avec M. Lichtwitz lui-même, les troubles du goût, de l'odorat, la surdité hystérique; nous n'y reviendrons pas. Nous n'aurons en vue que certaines modifications qui surviennent quelquefois, en pareille circonstance, du côté de l'ouïe; phénomènes peu ou pas connus, et qui, croyons-nous, sont d'une grande importance au point de vue du diagnostic différentiel. Rappelons, en outre, que, pas plus que les hyperesthésies, les zones hystérogènes ne peuvent exalter véritablement l'acuité d'un sens; elles peuvent, tout au plus, l'exagérer en la pervertissant, généralement sous une forme douloureuse.

Les sens ne sont pas tout à fait comparables entre eux, eu égard à la façon dont ils répondent aux diverses incitations hystériques. Lorsqu'une zone hystérogène ou hyperesthésique siège au niveau de la muqueuse linguale ou de la pituitaire, ce qui se produira au moment de sa mise en action n'ira pas, le plus souvent, au delà de sensations gustatives ou olfactives excitées ou perverties. Le trouble reste local et n'a pas, ou rarement, d'influence généralisatrice spécialisée.

Il n'en est pas de même, par exemple, lorsqu'une zone hystérogène siège sur le tympan ou sur la muqueuse de l'oreille moyenne, et aussi, comme nous le verrons, lorsque l'organe de la vision est intéressé. Ce sont là des sens plus complets ou, au moins, plus complexes que les précédents.

Une zone hystérogène du tympan pourra mettre en jeu tout le système auriculaire, tout l'appareil nerveux labyrinthique, qui comprend non seulement le nerf de l'audition, mais aussi le nerf de l'espace.

Et alors le paroxysme débutera par des bourdonnements, des sifflements (nerf de l'audition), et se continuera par de la titubation, des vertiges entraînant des chutes, auxquels pourront se joindre les vomissements, qui coïncident si souvent avec les altérations, dynamiques ou non, du nerf de l'espace. Le tout pourra se terminer par quelques troubles cérébraux : de l'effroi, des pleurs, et alors ne se trouvera-t-on pas en présence du vertige de Ménière, qui semblera le mieux constitué, avec lésion organique de l'oreille corroborée par la surdité hystérique du même côté ?

Et pourtant, ce ne sera qu'une *attaque hystérique à forme de vertige de Ménière*, comportant un pronostic bénin et un traitement particulier. En cas d'erreur de diagnostic, ne se fût-on pas porté à des excès thérapeutiques toujours nuisibles en matière d'hystérie ?

Ces cas sont rares ; mais ils semblent, à la vérité, l'être d'autant plus que personne ne s'est donné la peine de les rechercher ou d'essayer de réunir, en un même faisceau, ceux qui pouvaient déjà exister. Il est certain qu'ils ne paraissent pas être très nombreux dans la science, et ceux que nous connaissons sont fort incomplets.

« Hartmann, dans son *Traité des maladies des oreilles*, cite le fait, rapporté par M. Hinton, qui a vu survenir, chez un homme bien portant, du vertige, de la perte de connaissance et des accès épileptiformes pendant le cathétérisme de la trompe d'Eustache. » (Lichtwitz, p. 101.)

Le cas de Weber-Liel est encore plus obscur. Il s'agit « d'une femme hystérique atteinte de bourdonnements d'oreille devenant, par périodes, insupportables ; on ne réussissait à les calmer qu'en appliquant de la glace sur la région ovarienne, qui était hyperesthésique ».

Nous avons eu l'occasion d'observer un remarquable

exemple de ces paroxysmes, à forme de vertige de Ménière, d'origine hystérique. Il s'agissait d'une jeune femme que M. le professeur Charcot présenta à sa leçon (inédite) du 24 mai 1887. Cette malade, à passé hystérique très chargé, était prise, depuis plusieurs mois, de bourdonnements dans l'oreille droite, avec exacerbations sifflantes, titubation et vertiges ; à plusieurs reprises survinrent des vomissements.

Les vertiges étaient assez forts pour la renverser : une nuit même, elle tomba de son lit. La chute avait toujours lieu du côté droit, siège d'une hémiparésie avec hémianesthésie. C'était le tableau le plus complet qu'on pût voir du vertige de Ménière légitime. La crise se terminait presque toujours par des pleurs, et l'examen de l'oreille et celui de l'état général du sujet ne laissaient aucun doute sur la nature hystérique du phénomène M. Charcot faisait remarquer, à ce propos, combien l'hystérie est l'affection mimétique par excellence.

Nous ne saurions trop le répéter, car ce sont là des notions nouvelles et importantes : la mise en œuvre des zones hystérogènes localisées à certaines régions peut créer un complexus symptomatique qu'on est habitué à observer dans des circonstances bien différentes : névralgie faciale, lorsque l'aura siège sur les branches du trijumeau ; vertige de Ménière, dans les conditions que nous venons d'indiquer ; migraine ophthalmique, lorsque l'œil est le siège d'une aura qui peut dominer le paroxysme tout entier. Sans empiéter sur ce que nous dirons ultérieurement, le véritable criterium de ces attaques si particulières, en dehors de la clinique pure, se trouve dans la recherche de la formule chimique qui est propre au paroxysme hystérique, quelle forme qu'il revête, et que nous avons découverte avec M. Cathelineau (1).

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie.* In-8° de 116 pages. Paris, 1890.



Les muqueuses du larynx, du pharynx, et celles qui tapissent les organes des sens, ne sont pas les seules sur lesquelles nous puissions, par la pression ou mieux l'investigation directe, constater l'existence des zones hystérogènes.

Nous avons déjà parlé du vaginisme, chez les hystériques, qui n'est, le plus souvent, que la superposition d'une zone hyperesthésique (ou hystérogène) — suivant une loi que nous avons établie — à la contracture de l'orbiculaire vaginal. C'est là une affection tenace dont l'origine est fréquemment méconnue, ce qui entraîne, dans ces conditions, l'institution d'un traitement qui a bien des chances d'être nuisible. C'est à la pression de cette zone que l'on doit les accès qui, chez certaines hystériques, surviennent lors des rapprochements sexuels, « *vel in virorum amplexibus* », comme disait Ch. Lepois, s'élevant contre la théorie utérine de l'hystérie.

Ces attaques, mettant obstacle à tout coït, ont pu entraîner certaines conséquences particulières, au point de vue médico-légal.

Legrand du Saulle (1) signale « un procès assez étrange qui fut plaidé devant la cour des divorces d'Angleterre, en juillet 1873. Sir F. Hannen rendit un arrêt en faveur du mari contre la femme, qui avait refusé de se soumettre à l'examen et qui ne s'était pas présentée comme témoin dans les débats. Le procès fut remarquable à d'autres points de vue. Les preuves fournies par le mari tendaient à établir que, malgré une cohabitation de plus de trois ans, le mariage n'avait pas été consommé. Il n'y avait pas, chez l'épouse, d'anomalie organique faisant obstacle au coït; mais, toutes les fois que le mari avait tenté cet acte, une attaque d'hystérie s'était déclarée et l'avait rendu impos-

(1) *Les hystériques, op. cit.*, p. 512.

sible. Un arrêt annulant le mariage fut rendu en faveur du mari ; mais le juge fit observer, en même temps, qu'un tel jugement ne pouvait s'expliquer qu'en l'appuyant sur un obstacle physique. »

Or, M. Saint-Clair Gray (1) fait remarquer, assez spécieusement toutefois, que l'obstacle physique n'existe pas, à proprement parler, puisque, dans deux cas de vaginisme qu'il observa chez des femmes, mariées depuis quatre et sept ans, une opération consistant dans la destruction de l'hymen fit disparaître « la sensibilité de parties, et elles eurent, l'une quatre, l'autre trois enfants ».

Les attaques peuvent également être provoquées, dans ces conditions, par l'attouchement de la muqueuse vaginale, ou de celle qui recouvre le col de l'utérus ; ainsi que nous l'avons dit, Rosenthal en rapporte deux exemples. Dans ces derniers cas, il s'agissait peut-être d'une zone viscérale utérine.

A ce propos, notre intention n'est pas de parler, dans ce chapitre, des zones qui peuvent siéger sur les muqueuses qui tapissent certains viscères, et cela, par crainte de redites, car bien souvent elles sont intimement liées à la pathologie de ces organes.

Nous ne pouvons cependant ne pas dire un mot d'une observation qui nous a été communiquée par notre ami Georges Guinon. Un malade hystérique, mais dont l'affection était encore ignorée, entra chez M. le professeur Guyon pour des accidents vésicaux sans substratum anatomique. Or, lorsqu'on cherchait à pratiquer le cathétérisme, la pression de la sonde sur l'urèthre postérieur déterminait une attaque convulsive : il existait donc une zone hystérogène très nette de la muqueuse uréthrale. Cette zone se déplaça ultérieurement et vint se fixer sur la muqueuse vésicale. Le cathétérisme uréthral devint possible, mais, par contre, l'arrivée de l'eau boriquée pour lavages, sur la muqueuse vésicale, déterminait une attaque.

(1) *Glasgow medical Journal*, mai 1873.

Le malade entra plus tard à la Salpêtrière, pour des accidents hystériques confirmés.

Il n'est pas douteux qu'il existe des zones des muqueuses œsophagienne et stomacale, peut-être intestinale, qui jouent un rôle considérable dans les phénomènes d'œsophagisme, de gastralgie, d'entéralgie; nous les retrouverons, avons-nous dit, ultérieurement.



Zones hystérogènes viscérales. — Nous avons vu que Rosenthal avait rapporté deux cas dans lesquels l'attaque se produisait lorsqu'on touchait le col de l'utérus. La zone siégeait-elle dans la muqueuse vaginale, recouvrant le col de la matrice, ou dans l'organe lui-même? Cela est difficile à dire. Et cette difficulté d'interprétation se pose souvent pour les zones hystérogènes viscérales, car il n'est pas toujours facile d'explorer directement le viscère lui-même.

Il en est trois cependant, deux tout au moins, pour lesquels on ne risque guère de se tromper, et, phénomène singulier, tous les trois sont le siège très fréquent des zones que nous étudions. Nous avons nommé le sein, le testicule et l'ovaire.

En ce qui regarde la glande mammaire, nous entrerons dans de plus grands développements lorsque nous traiterons de l'affection connue sous le nom de *sein hystérique*. Cependant, nous ne pouvons nous empêcher de mentionner les zones hystérogènes dont cet organe peut être le siège. Les zones peuvent être cutanées, c'est-à-dire siéger uniquement dans la peau qui recouvre le sein ou, au contraire, affecter la glande elle-même.

« Marie M..., dit M. Pitres (p. 25), a une zone viscérale du sein gauche; Pauline T... a une zone cutanée de la région mammaire. Je fais approcher Marie M..., et vous voyez que je puis, sans provoquer aucun phénomène convulsif, faire des plis sur la peau qui recouvre le sein, com-

primer très énergiquement ces plis entre les doigts, les traverser avec une épingle. Au contraire, l'attaque éclate brusquement, aussitôt que je comprime la glande elle-même. Les choses se passent tout autrement chez Pauline T... Je puis saisir son sein gauche entre les doigts et le comprimer énergiquement sans provoquer les convulsions, tandis que l'attaque débute tout de suite, si je viens à effleurer la peau qui recouvre la partie inférieure de la région mammaire. »

Il en est du testicule comme du sein. La zone hystérogène, presque constamment unilatérale, peut siéger uniquement, comme nous l'avons vu, dans la peau des bourses ou, au contraire, avoir le testicule lui-même pour siège : c'est un point qu'il est facile d'apprécier par la palpation directe. Dans tous les cas, lorsqu'elle était viscérale, la zone hystérogène nous a paru siéger dans la glande elle-même, et non dans son canal excréteur, l'épididyme.

M. Pitres (1) a étudié cette zone testiculaire et montré que sa mise en action pouvait revêtir la forme d'un véritable paroxysme névralgique. « L'affection douloureuse du testicule, — dit-il, — que les chirurgiens ont décrite sous le nom de *testicule irritable,* est quelquefois le résultat d'une névralgie symptomatique des plexus spermatiques; mais, dans bon nombre de cas, elle paraît avoir pour cause une simple hyperalgésie hystérique du parenchyme testiculaire. Cette opinion, émise en 1886 par M. Terrillon, devant la Société de chirurgie, a été acceptée par MM. Lucas-Championnière, Bouilly, etc., et paraît gagner, chaque jour, du terrain.

« Un malade de notre service est atteint, je crois, de cette variété de testicule douloureux dépendant de l'hystérie (2). C'est un homme de trente-neuf ans qui, depuis l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, est sujet à des douleurs

(1) *Leçons cliniques sur l'hystérie,* t. I, p. 190.

(2) L'observation est rapportée en détail dans la thèse inaugurale de M. Carmouze : *Contribution à l'étude de la névralgie testiculaire.* Bordeaux, 1888, p. 26.

constrictives violentes siégeant dans les testicules, surtout dans celui du côté droit. Au début, les crises douloureuses ne survenaient qu'à de longs intervalles; plus tard, elles se rapprochèrent, et elles sont aujourd'hui presque continues. Le malade peut à peine se tenir debout et marcher. Aussitôt qu'on essaye de palper le testicule droit, le malade éprouve une douleur profonde, déchirante, qui lui arrache des cris. Cette douleur paraît siéger dans la glande même et s'étendre le long du cordon, jusqu'à la région lombaire de la colonne vertébrale. La peau des bourses et de la verge n'est pas hyperesthésique. Les érections et le coït ne provoquent pas de crises douloureuses.

« Les stigmates révélateurs de l'hystérie sont, dans le cas actuel, peu importants, mais cependant on en compte quelques-uns... Ce malade a été soumis à toutes sortes de traitements médicaux et chirurgicaux, sans aucun succès. L'an dernier, mon excellent collègue, M. Demons, lui a sectionné les deux cordons spermatiques, en conservant seulement la continuité des canaux déférents. Cette opération n'a été suivie d'aucun soulagement.

« Dans des cas analogues, plusieurs chirurgiens ont pratiqué la castration; mais les douleurs ont souvent persisté après l'ablation des testicules, ce qui prouve bien que l'hyperalgésie n'est pas toujours due à une excitation locale des nerfs de la glande spermatique, mais qu'elle dépend, quelquefois du moins, d'une modification fonctionnelle des centres nerveux sensitifs. »

*
* *

L'étude de la zone hyperesthésique hystérogène qui siège au niveau de l'*ovaire* est des plus intéressantes, car, outre que cette zone est très fréquente, c'est sur elle qu'ont porté les travaux fondamentaux de M. Charcot pour résoudre la question qui nous occupe. A ce titre, la leçon qu'il fit et publia, en 1873, sur l'*hyperesthésie ovarienne* mérite, en matière d'hystérie, de rester historique. L'expé-

rimentation de tous les jours a, depuis, apporté sa consécration aux idées qui y sont exprimées. Nous lui ferons de nombreux emprunts.

Dans l'aperçu historique général que nous avons donné sur les zones hystérogènes, nous avons rappelé que l'action frénatrice de la pression abdominale était connue de Mercado, au seizième siècle; ce sont là des faits sur lesquels nous ne voulons pas revenir. C'est à Piorry (1837), à Négrier (1858), et plus particulièrement à Schutzemberger (1846), que revient le mérite d'une localisation exacte dont ils ne soupçonnaient pas, d'ailleurs, complètement l'importance. « Le spasme hystérique, dit ce dernier auteur (1), peut avoir un point de départ tout local; le plus souvent ce point de départ est l'ovaire, mais, en fait, d'autres excitations nerveuses locales peuvent produire des accidents analogues. »

Il est singulier, remarque M. Charcot, « de voir que Brodie, qui, le premier peut-être, a reconnu tout l'intérêt clinique de l'*hystérie locale,* ne traite pas, d'une manière spéciale, de la douleur abdominale... Mais Skey, qui, à cet égard, s'est fait le continuateur de Brodie, dans une série très intéressante de leçons sur les formes *locales* ou *chirurgicales de l'hystérie* (2), comme il les appelle, décrit avec complaisance la douleur iliaque ou de la *région ovarienne,* très commune à son avis, et qui, suivant lui encore, contrairement du reste à la réalité, se rencontrerait surtout dans le côté droit.

« En Allemagne, — continue M. Charcot, — Romberg a, sur ce point, suivi Schutzemberger; toutefois, il y a lieu de remarquer que, parmi nos contemporains (la leçon date de 1873), les auteurs allemands, pour la majeure partie, passent à peu près complètement sous silence tout ce qui est relatif à la douleur hypogastrique. Tels sont, par exemple,

(1) *Études sur les causes organiques et les modes de production des affections dites hystériques : Gazette médicale de Paris,* 1846, p. 770-771.

(2) *Hysteria... local or surgical forms of hysteria, etc. Six lectures,* etc. Londres, 1870.

Hasse et Valentiner. Il est clair, par là, que ce symptôme, après avoir joui d'une certaine faveur, en raison sans doute des considérations théoriques qui s'y rattachent, se trouve, aujourd'hui, en quelque sorte démodé. »

M. Charcot voit la raison de cette anomalie dans ce fait que Briquet, suivant en cela sa théorie générale du siège des hyperesthésies hystériques, localisait la douleur ovarienne dans les muscles abdominaux; écartant ainsi les esprits des conceptions antérieures, il en faisait une myodynie et créait pour elle le terme de *cœlialgie*.

La cœlialgie serait fort fréquente, puisqu'il l'a rencontrée 196 fois sur 430 malades; il est vrai qu'il comprenait aussi bien sous ce terme les douleurs de la région abdominale supérieure que celles de la fosse iliaque; mais il reste entendu que ces dernières étaient beaucoup plus fréquentes. Cette théorie est en contradiction avec les faits, non pas que les parois abdominales ne puissent être le siège de zones hyperesthésiques ou hystérogènes, mais parce que, lorsque ces zones existent au niveau de la fosse iliaque chez la femme, il n'est pas douteux, un seul instant, que ce ne soit l'ovaire dans lequel elles siègent.

La zone ovarienne passe rarement inaperçue, car souvent elle est le point de départ de sensations particulières qui attirent l'attention des malades. Alors que celles-ci ignorent presque toujours l'existence de l'anesthésie qui frappe le côté où la zone siège le plus souvent, lequel est surtout le côté gauche, les douleurs qu'elles ressentent *in situ* ne sauraient les laisser ignorantes de la présence de la zone ovarienne. Ces douleurs sont variables : ordinairement sourdes dans l'intervalle des accès, contusives, provoquées par la marche, par la pression trop forte d'un corset qui descend trop bas, elles revêtent avant, et quelquefois après les attaques, un caractère tout particulier. Avant l'accès, quelques heures, quelques jours même, c'est une douleur lancinante, pongitive, à irradiations épigastriques, bientôt suivie du phénomène de la boule hystérique, en un mot, des sensations les plus fréquentes de l'aura classique.

Après les accès, c'est une douleur contusive qui va en s'effaçant, pour garder, dans les intervalles des attaques, les caractères que nous avons précédemment indiqués. Il n'est pas rare, après les paroxysmes, que la douleur se soit étendue en surface, pour diminuer ensuite et se localiser exactement à l'ovaire.

La douleur peut parfois être suffisamment vive pour que les malades marchent courbées en deux, le tronc incliné plus particulièrement d'un côté, de façon à mettre dans le relâchement les parois ou les muscles de l'abdomen qui, normalement, compriment l'ovaire douloureux.

La peau qui recouvre la région ovarienne n'offre, objectivement, aucun caractère particulier. Todd (1), et c'est une remarque dont M. Charcot a plusieurs fois reconnu l'exactitude, signale, dans certains cas, une hyperesthésie cutanée circonscrite à une portion arrondie de la peau ayant deux à trois pouces de diamètre. Cette hyperesthésie siégerait en partie dans l'hypogastre, en partie dans la fosse iliaque, et répondrait, selon cet auteur, à la région de l'ovaire.

Nous croyons que ces cas se rapportent presque uniquement aux moments, aux premiers jours qui suivent les attaques, alors que la peau de la région est devenue elle-même le siège d'une zone hyperesthésique, car c'est un fait d'observation que, dans la grande majorité des cas, il existe, superposée à l'ovaire, une zone très circonscrite d'anesthésie cutanée. Ce fait est surtout facile à vérifier, lorsque l'ovarie siège sur un côté du corps dont la peau est indemne de troubles de sensibilité, d'hémianesthésie par exemple, ce qui n'est, du reste, pas l'habitude.

M. Charcot a tracé les règles de l'exploration en pareille circonstance, règles qui permettent de localiser exactement le siège de la douleur.

« En pénétrant, — dit-il, — en quelque sorte, dans l'abdomen à l'aide des doigts, on arrive sur le véritable foyer de la douleur. Cette manœuvre permet de s'assurer que le

(1) *Clinical lectures on nervous system*. Lect. XV, p. 448. Londres, 1856.

siège de la douleur en question est à peu près fixe, qu'il est toujours à peu près le même; aussi n'est-il pas rare de voir les malades le désigner avec une concordance parfaite. Sur une ligne horizontale passant par les épines iliaques antérieure et supérieure, faites tomber les lignes perpendiculaires qui limitent latéralement l'épigastre, et à l'intersection des lignes verticales avec l'horizontale, se trouve le foyer douloureux qu'accusent les malades et que la pression exercée à l'aide du doigt met, d'ailleurs, en évidence.

« L'exploration profonde de cette région fait reconnaître aisément la portion du détroit supérieur qui décrit une courbe à concavité interne : c'est là un point de repère. Vers la partie moyenne de cette crête rigide, la main rencontrera, le plus souvent, un corps ovoïde, allongé transversalement et qui, pressé contre la paroi osseuse, glisse sous les doigts. Lorsque ce corps est tuméfié, ainsi que cela se présente fréquemment, il peut offrir le volume apparent d'une olive, d'un petit œuf; mais, avec un peu d'habitude, sa présence peut être facilement constatée, alors même qu'il reste bien au-dessous de ces dimensions.

« C'est à ce moment de l'exploration que l'on provoque surtout la douleur et qu'elle se révèle avec des caractères, *pour ainsi dire, spécifiques*. Il ne s'agit pas là d'une douleur banale, car c'est une sensation complexe qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de l'*aura hystérique,* tels qu'ils se produisent, d'eux-mêmes, à l'approche des crises, et, cette sensation provoquée, les malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois. »

Dans trois cas particuliers, l'exploration sur le vivant a permis de localiser avec une précision anatomique le siège ovarien de la douleur.

Deux malades du service de M. Charcot, en état de grossesse, furent observées par MM. Budin (1), professeur

(1) Les idées de M. Budin ont été exposées dans la thèse de son élève Chaignot : *Étude sur l'exploration de la sensibilité de l'ovaire et en particulier de la douleur ovarique de la femme enceinte.* Thèse de Paris, 1879.

agrégé d'accouchements, et Ch. Féré (1), et l'on put suivre, avec l'ascension normale de l'ovaire pendant la grossesse, le déplacement de la zone ovarienne.

Dans un cas de rétroflexion utérine avec rétroversion, M. H. Baraduc (2) put sentir directement, par le toucher vaginal, l'ovaire douloureux d'une malade hystérique et provoquer, par la pression directe de la glande, les phénomènes de l'aura que l'on détermine ordinairement par la compression abdominale. Par contre, cette dernière restait tout à fait infructueuse : l'expérience était donc concluante.

La zone ovarienne est soumise à toutes les lois qui régissent les zones hystérogènes : elle peut apparaître et disparaître spontanément. C'est, néanmoins, une des plus fixes qui existent, et aussi l'une des plus actives. Unilatérale dans la grande majorité des cas, siégeant surtout à gauche, elle est spasmogène ou frénatrice; le plus souvent elle jouit de ces deux propriétés à la fois : une pression légère provoque l'attaque, qu'arrête instantanément une pression plus forte. Nous disons que c'est l'une des plus actives; c'est aussi l'une des plus puissantes. Qu'il existe, par exemple, une zone spasmogène, dans la région dorsale, son action se trouvera annihilée, le plus souvent, si, tout en cherchant à la mettre en œuvre par une excitation, on comprime de nouveau, en même temps, la zone ovarienne frénatrice. Sa connaissance était donc de la plus haute importance; les douleurs spontanées dont elle est le siège, et qui, bien souvent, ont été prises pour toute autre chose, la propriété dont elle jouit généralement d'arrêter les paroxysmes, justifiaient amplement les développements dans lesquels nous sommes entré à son sujet.

(1) *Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie : Archives de neurologie*, p. 297, 1882.

(2) *Double prolapsus ovarien chez une hystérique : compression intravaginale produisant le transfert; phénomènes d'ovulation tangibles : C. R. Societé de biologie*, mars 1882.



En terminant ce chapitre, nous voudrions encore tirer quelques considérations pratiques de l'étude que nous avons faite des zones hystérogènes et hyperesthésiques, en dehors de celles que nous avons exposées chemin faisant.

Il suffira, assez souvent, d'avoir présent à l'esprit qu'elles peuvent exister ou qu'elles existent très fréquemment et qu'elles occupent les sièges les plus variés, pour éviter de provoquer ou de perpétuer indéfiniment des attaques. M. Pitres est persuadé « que les attaques violentes et prolongées des petites hystériques sont entretenues par l'excitation involontaire et inconsciente des zones hystérogènes de ces malades ». La notion qu'il a, le premier, établie des zones des membres est surtout importante à ce point de vue, car c'est sur eux que porteront, le plus fréquemment, les moyens de contention, les entraves, et l'on verra parfois, subitement, disparaître les attaques, lorsque le malade aura été abandonné à lui-même.

Mais il peut y avoir grand avantage à provoquer l'apparition d'un paroxysme convulsif qui remuera l'être hystérique de fond en comble. Plusieurs cas se présentent : la question de diagnostic se pose parfois, entraînant avec elle un pronostic et une intervention de la plus haute gravité.

M. Pitres est appelé près d'une malade, parente d'un médecin des environs de Bordeaux. Agée de vingt-quatre ans, enceinte de cinq mois, d'une excellente santé habituelle, elle avait été prise, la veille au soir, à la suite d'une contrariété sans importance, de « convulsions violentes qui s'étaient reproduites toute la nuit, à des intervalles rapprochés. Un chirurgien et un accoucheur, appelés en consultation, dès le matin, avaient posé le diagnostic de *convulsions éclamptiques* et avaient conseillé l'avortement immédiat. »

La constatation et la mise en action d'une zone spasmogène située au-dessous du sein gauche firent aussitôt cesser

une indécision qui pouvait être fatale à la mère et à l'enfant, qui, quelque temps plus tard, naquit en parfaite santé.

La provocation d'un paroxysme peut être, dans certains cas au moins, aussi utile que son arrêt, l'attaque, nous l'avons dit, pouvant modifier du tout au tout le terrain hystérique et, partant, ses manifestations actuelles.

Voici, par exemple, une malade atteinte de paraplégie hystérique qui menace de s'éterniser. Mettez en jeu, à l'aide d'une zone hystérogène, si vous avez la bonne fortune d'en découvrir une, un paroxysme convulsif, et si la paraplégie ne dure pas depuis trop longtemps déjà, il y a bien des chances pour qu'elle soit disparue ou modifiée au sortir de l'accès. Peut-être sera-t-elle remplacée par une contracture ou tout autre accident; mais nous apprendrons qu'un médecin, bien au courant des choses de l'hystérie, a presque toujours de l'action sur les accidents *récents,* quels qu'ils soient. Déplacer un phénomène hystérique, c'est presque déjà le faire disparaître.

Une autre a de la toux hystérique; des attaques de chorée rhythmée ont laissé après elles, dans un bras, des secousses qui tendent à devenir habituelles. Une attaque pourra remettre les choses en place; peut-être est-elle plus effrayante, pour l'entourage, que l'accident qu'on veut combattre; dans tous les cas, elle est beaucoup moins grave, au point de vue médical. Les cas particuliers abondent, et nous ne voudrions pas les multiplier outre mesure.

Mais nous ne pouvons, cependant, passer sous silence certains états de mal, de sommeil, par exemple, qui peuvent durer des jours et des semaines; bien souvent, nous les avons fait cesser subitement, en provoquant une attaque par la pression d'une zone hystérogène.

On s'étonnera peut-être que nous n'ayons pas insisté davantage sur les avantages qu'on peut avoir à faire cesser l'attaque par la pression des zones. C'est que, véritablement, c'est là peut-être le côté le moins important de leur action thérapeutique.

Une pression prolongée pourra permettre d'arrêter une attaque survenant dans un moment inopportun, ou dans des conditions défavorables : elle calmera les appréhensions d'une famille qu'effrayent toujours les grandes convulsions de l'hystérie; elle pourra même modifier certaines auras très douloureuses, celles à forme névralgique, par exemple. Mais il faut qu'on le sache : une fois le paroxysme né, il faut qu'il se passe, et les malades porteuses d'une ceinture ovarienne compressive sont, pour ainsi dire, moralement, sinon physiquement, en attaque. A un moment donné, beaucoup d'entre elles demandent qu'on les délivre du compresseur, préférant se débattre pendant une heure plutôt que d'éprouver, par tout le corps, et localement, au niveau de la compression, des sensations extrêmement pénibles et qui peuvent se prolonger autant que la compression elle-même, c'est-à-dire, pendant une ou plusieurs journées. Et encore, même après un laps de temps aussi prolongé, n'est-on pas sûr que l'attaque n'éclatera pas lorsqu'on cessera la compression.

Ce sont là des faits que nous avons bien souvent observés à la Salpêtrière chez des malades qui, prises de l'aura, le matin, par exemple, d'un jour de sortie ou au moment de recevoir une visite, nous priaient de leur placer un compresseur ovarien, et qui, la journée passée, venaient, avec le même empressement, nous demander à en être délivrées, préférant leur attaque à l'état troublé dans lequel elles se trouvaient. Nous reviendrons, du reste, sur ces faits, dans le chapitre consacré au traitement de l'hystérie en général et de ses accidents en particulier.

CHAPITRE HUITIÈME

TROUBLES HYSTÉRIQUES DE L'APPAREIL DE LA VISION.

DE L'AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE.

Considérations historiques. — Celse; Ch. Lepois; *Carré de Montgeron;* Hocken; Landouzy; Briquet. — *Charcot et son école.* — Galezowsky; Landolt; *Parinaud.*

Modes d'investigation clinique. — Recherches sur l'état de la sensibilité de la cornée et de la conjonctive. — *Fréquence de l'anesthésie.* — Superposition des troubles de sensibilité et de l'amblyopie. — Perte du réflexe pupillaire; conservation du réflexe lacrymal. — *Hyperesthésie.*

Le rétrécissement concentrique du champ visuel. — Limites normales du champ visuel. — *Description du périmètre.* — Mode d'emploi. — Schémas campimétriques. — Bilatéralité du rétrécissement. — L'amaurose *complète* est rare et peu persistante.

Rétrécissement concentrique pour les couleurs. — Achromatopsie; dyschromatopsie. — Conservation du bleu et du rouge. — Variations. — Scotome central. — Particularités.

L'acuité visuelle est peu modifiée. — *Polyopie monoculaire.* — Modes d'exploration. — *Origine centrale* de l'amblyopie.

Symptômes subjectifs presque nuls. — Rétablissement de la vue et parfois des couleurs *par la vision binoculaire.* — *Procédés pour déjouer la simulation.* — Conséquences de l'achromatopsie.

Étiologie de l'amblyopie. — Causes générales; causes locales. — *Diagnostic différentiel.* — Identité dans les lésions du carrefour sensitif. — Association de l'amblyopie hystérique avec l'amblyopie de l'ataxie locomotrice, de la sclérose en plaques, de la syphilis. — *Le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie est dû à l'association hystérique.*

Le rétrécissement du champ visuel dans l'épilepsie. — Considérations sur les troubles sensitifs et sensoriels dans l'épilepsie. — Opinions de Thomsen et Oppenheim; de Pichon. — *Recherches de Charcot;* Hitier, Féré, d'Abundo, Finkelstein, etc. — *Le rétrécissement est sous la dépendance de l'attaque et est toujours temporaire.*

Zones hystérogènes de l'oeil. — Spasmogènes ou frénatrices. — *De la migraine ophthalmique dans ses rapports avec l'hystérie.* — Charcot, Babinski. — Description; interprétation. — Diagnostic différentiel. — *Considérations sur l'hémiopie,* phénomène *rare* et *toujours transitoire* dans l'hystérie.

Nous rangeons l'ensemble des troubles hystériques de l'appareil de la vision dans une même description, que

nous plaçons dans la première partie de notre travail, parce que, comme on le verra, les déterminations oculaires les plus importantes ne sont autres que des stigmates permanents très fréquemment observés.

La notion des phénomènes que nous étudions n'est pas de date ancienne, bien qu'une bonne partie des guérisons miraculeuses de cécité doivent leur être rapportées.

Le passage suivant, emprunté à Celse, pourrait être interprété en faveur de l'hystérie, qui, cependant, à l'inverse de l'épilepsie, n'est pas nommée; dans tous les cas, l'auteur latin n'est pas allé au delà des phénomènes oculaires inhérents à l'attaque et qui sont de minime importance dans l'espèce : « *Interdum evenit, modo in altero oculo, modo in utroque, aut ex ictu aliquo, aut ex morbo comitiali, aut ex distentione nervorum qua vehementer ipse oculus concussus est, ut is neque quoquam intendi possit, neque omnino consistat; sed, huc illuc, sine ratione moveatur, ideoque ne conspectum quidem rerum præstet.* »

Il en est de même de Charles Lepois, qui, en 1618, a rapporté l'observation d'une hystérique dont les attaques s'accompagnaient d'anesthésie cutanée, de surdité et de cécité.

C'est Carré de Montgeron (1) qui nous fournit les notions les plus précises sur les troubles oculaires dans l'hystérie. Une des premières planches de son ouvrage nous montre un individu, à la fois aveugle et paralytique, conduit au tombeau du diacre Pâris pour y chercher la guérison, et, comme exergue, ce verset de l'*Écriture :* « ... Alors les yeux des aveugles verront le jour, et les oreilles des sourds seront ouvertes. »

Puis il rapporte quatre cas de guérison miraculeuse d'affections oculaires diverses, dont nous ne voulons retenir que celui de la dame Stapart, qui est du plus grand intérêt (2) :

Le 24 décembre 1717, entre six et sept heures du soir,

(1) *La vérité des miracles*, t. I, Cologne, 1745.
(2) T. II, Cologne, 1747.

cette dame, « lors âgée d'environ vingt-sept ans, fut attaquée d'apoplexie, avec plusieurs rechutes consécutives qui dégénérèrent en paralysie sur la moitié du corps du côté gauche; de laquelle paralysie elle fut guérie après l'espace de six à sept mois, à l'exception de son œil gauche, qui est resté paralytique et privé de toute lumière ».

Le 25 mars 1727 et le 7 avril 1728, nouvelles attaques d'apoplexie, et nouvelle hémiplégie gauche. A la suite de la dernière attaque, « quoique l'on ait pratiqué les mêmes remèdes pour la soulager, cependant la malade resta paralytique du bras et de la jambe gauches, l'œil étant toujours resté *privé de la lumière et insensible* depuis la première attaque de 1717 ».

L'hémiplégie gauche s'accompagnait d'hémianesthésie et présentait tous les caractères de flaccidité absolue que Todd a si bien décrits, en disant que la malade traîne sa jambe « comme une pièce de matière inanimée ».

« La dame Huguet de Courtaumet et la demoiselle Huguet déposent que, cette fois, la dame Stapart resta paralytique du bras et de la jambe gauches *sans sentiment* et sans mouvement... En sorte, disent-elles encore, que, pour la changer de place, il falloit, pour ainsi dire, la traîner, laissant aller le bras et la jambe *comme s'ils eussent été morts.* »

Quant à l'œil gauche, la paralysie, qui durait, en 1728, depuis dix ans, était complète. Il s'agissait probablement d'un blépharospasme, ainsi que nous le montre la gravure, s'accompagnant, « sans discontinuation, d'une grande douleur de tête », comme cela s'observe en pareil cas. De plus, les membranes oculaires étaient insensibles; « l' œil avoit perdu non seulement la lumière par l'obstruction du nerf optique, mais avoit perdu en même tems toute sensibilité et tout mouvement par l'engorgement des racines de tous les autres nerfs... Elle avoit tellement perdu l'usage de son œil que, lorsque l'on mettoit le doigt dedans, la paupière ne branloit pas. »

Le 16 mai 1728, après une courte prière sur le tombeau

de M. Rousse, « elle sentit un tremblement universel en tous ses membres, une légère douleur dans les jointures de la main et de la jambe, et une douleur plus violente dans les muscles de l'œil. Elle s'aperçut aussitôt qu'elle avoit le mouvement libre dans les parties affligées, même que l'œil paralytique dès 1717 avoit entièrement recouvré la lumière, et se trouvoit par là en état de revenir à pied sans secours. »

Non seulement ce fait est des plus rares au point de vue de l'hystérie, mais encore il est des plus intéressants. A notre connaissance, il existe un seul cas de blépharospasme ou de ptosis pseudo-paralytique comparable à celui-ci pour la durée; il a été publié par M. Charcot (1) dans une leçon sur laquelle nous reviendrons.

Puis les auteurs Pomme, Télinge (2), d'Allègre (3) rapportent des cas d'amaurose qui restent isolés dans la science.

En 1844, Hocken (4) publie un important mémoire dont les conclusions sont vivement combattues par Landouzy, qui a observé deux cas d'amaurose : dans le premier, elle était complète d'emblée; dans le second, elle se compléta ultérieurement.

« Les deux faits que nous avons observés, dit M. Landouzy (5), infirment les assertions de M. Hocken, car les principaux caractères qu'il attribue à l'amaurose hystérique, c'est-à-dire l'*abolition simultanée de la vue des deux côtés, la contraction spasmodique des muscles orbiculaires, la photophobie, l'épiphora,* n'ont existé chez aucune de ces deux malades, qui nous offrent, cependant, des types incontestables de paralysie hystérique. »

(1) Charcot, *Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber. Leçon recueillie par Souques : Archives de neurologie,* vol. XXI, n° 63, mai 1891.

(2) Télinge, *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie,* t. XXXVI, p. 437, 1777.

(3) D'Allègre, *Sur l'hystérie et l'épilepsie.* Thèse de Paris, 1833.

(4) *Schmidt's Jarbücher,* août 1844, p. 246.

(5) Landouzy, *op. cit.,* p. 119.

On le voit, la question est posée, mais elle est loin d'être résolue, même avec les mémoires de Gaussail (1) et de Szokalski (2).

Briquet est le premier auteur qui donne des troubles oculaires dans l'hystérie une mention un peu complète. Il a observé trois cas d'amaurose totale, il note l'anesthésie conjonctivale, la paralysie ou la contracture des muscles oculaires, mais en quelques mots seulement, d'une portée très relative.

Cependant, il a bien vu que, lorsque l'amaurose est unilatérale, les malades ne s'aperçoivent que rarement qu'ils en sont porteurs. Dans ce même passage, il signale indirectement l'achromatopsie hystérique.

« Lorsque l'anesthésie est à un degré modéré, dit-il, la vue, par l'œil anesthésié, est affaiblie, la malade voit mal, les objets ne dessinent pas nettement leur image; les draps du lit et le papier paraissent gris, les caractères d'un livre ne semblent pas d'un beau noir, et ils sont souvent si peu distincts que les malades ne peuvent pas les lire; elles voient, sur le livre, du gris plus foncé sur du gris moins foncé. Cette faiblesse de la vue ne permet pas aux femmes de travailler à l'aiguille. Quand l'œil reste quelque temps fixé sur un objet, il se produit, dans l'orbite, un sentiment pénible de fatigue.

« A ce degré, les malades savent rarement ce qu'elles ont; comme un seul œil est atteint, celui qui est sain supplée à l'autre, et elles ne se plaignent que d'un affaiblissement de la vue qui ne leur permet pas de voir les objets d'une manière bien nette. C'est cette anesthésie que les auteurs ont ignorée. Cependant, pour la constater, il suffisait de fermer l'œil sain (3). »

Après Briquet, la question des troubles oculaires dans

(1) Gaussail, *Hémiplégie et cécité hystériques : Mémoires de l'Académie des sciences*, t. III, liv. VIII, 1848.

(2) Szokalski, *Amblyopie in Folge unbefriedigten Geschlechtstriebes : Prag. med. Vierteljahrschrift*, 1846. *Ibid.*, 1851.

(3) Briquet, *op. cit.*, § III : *Anesthésie des organes des sens*, p. 291

l'hystérie reste stationnaire jusqu'en 1868, ainsi qu'on en peut juger par l'exposé que Lebreton en fait dans sa thèse inaugurale (1).

C'est le moment où notre maître (2) commence à la Salpêtrière ses travaux sur la question, en collaboration, au début, avec M. Galezowski, qui, dans sa thèse inaugurale (3), rapporte des cas d'*anesthésie rétinienne*, sur laquelle il revient particulièrement dans son *Traité des maladies des yeux* (1872) et dans la thèse de ses élèves Svynos (4) et Baron (5).

La Salpêtrière devient le centre des investigations ophthalmologiques dans l'hystérie ; c'est la période des recherches contemporaines, au premier rang desquelles il faut citer (pour y revenir) celles de Landolt, de Borel, et tout particulièrement les remarquables travaux de M. Parinaud, qui, depuis plus de dix ans, dirige avec une grande autorité le service spécial annexé à la *Clinique des maladies du système nerveux*.



Il est nécessaire d'apporter de la méthode dans l'étude des troubles oculaires qui sont sous la dépendance de l'hystérie, car ceux-ci sont beaucoup plus complexes que ne semblerait le faire croire ce que nous venons de dire dans l'historique, les travaux contemporains ayant singulièrement élargi la question.

L'hystérie frappe l'œil tout entier : non seulement le sens de la vision, mais encore sa musculature, dans

(1) Lebreton, *Des différentes variétés de la paralysie hystérique*. Thèse de Paris, 1868, p. 60 et suiv.

(2) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 1872.

(3) Galezowski, *Sur les altérations des nerfs optiques et les maladies cérébrales dont elles dépendent*. Thèse de Paris, 1865.

(4) Svynos, *Des amblyopies et des amauroses hystériques*. Thèse de Paris, 1873.

(5) Baron, *Étude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques et les hystéro-épileptiques*. Thèse de Paris, 1878.

laquelle nous comprendrons, pour la circonstance, l'orbiculaire des paupières innervé par le facial.

Nous voudrions, autant que possible, suivre, dans cet exposé, la marche ordinaire de l'examen tel qu'on le pratique et que nous l'avons si souvent pratiqué nous-même à la Salpétrière. Pour cela, nous rejetterons à la fin l'étude des troubles de l'appareil moteur extrinsèque, de beaucoup les moins souvent observés, et nous procéderons comme nous l'avons fait pour les autres sens, dont les modifications veulent être cherchées avec soin.

On s'assurera d'abord de l'*état de la sensibilité* de la conjonctive et de la cornée, sans préjudice de celle des paupières, sur laquelle nous reviendrons particulièrement.

L'anesthésie des membranes oculaires semble avoir fait partie de ces fameuses marques que le diable imprimait sur le corps des sorciers « en des parties si sales qu'on a horreur de les y aller chercher, comme le fondement de l'homme, ou en la nature de la femme, ou bien, comme il est extresme et dénaturé, au lieu le plus noble et le plus précieux qui soit en toute la personne où il semble impossible de l'imprimer, *comme les yeux*, ou dans la bouche (1) ».

Plus que tous les autres sens, l'anesthésie frappe les yeux, suivant Briquet, et l'insensibilité des conjonctives, principalement de la conjonctive gauche, est tellement constante « qu'elle pourrait être regardée comme un signe caractéristique de l'hystérie ». Briquet établit aussi qu'il existe des rapports entre l'anesthésie conjonctivale et l'hémianesthésie, mais nous verrons que, parfois, les stigmates oculaires, s'ils prédominent d'un côté, sont ordinairement doubles.

Ces phénomènes sont faciles à constater directement par la piqûre de la peau de la face et des paupières; en approchant une bandelette de papier de la conjonctive ou de la

(1) Pierre de Lancre, *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons*. Paris, 1618, p. 183. — Bodin prétend également qu'il y a des sorciers marqués par le diable sous la *paupière* de l'œil, sous la lèvre et même au fondement, *loc. cit.*, p. 213, 214 (*citat.* Pitres).

cornée, cette dernière est rarement insensible dans sa totalité : son segment interne ou externe peut être anesthésique, le centre restant généralement sensible.

Lorsque l'anesthésie est complète, le *réflexe oculo-palpébral* ne se produit plus. M. Féré (1), qui a bien étudié ces troubles de sensibilité, indique qu'il pourrait y avoir une cause d'erreur dans la recherche et la constatation de ce réflexe. Dans le cas où la cornée est insensible, « si, pendant que la malade regarde fixement un objet, on fait avancer, au contact de la conjonctive et de la cornée, une bandelette de papier, on voit l'œil et les paupières rester immobiles tant que le corps étranger n'est pas arrivé dans le champ pupillaire. Le réflexe oculo-pupillaire est obtenu aussi vite si, au lieu de faire avancer le papier au contact des membranes, on le fait avancer à une certaine distance; il est donc déterminé exclusivement par l'excitation de la rétine qui a perdu la perception des couleurs, mais qui distingue encore le clair de l'obscur. »

La perte de la sensibilité se superpose à l'amblyopie, ce que Briquet avait déjà signalé en disant : « Dans la grande majorité des cas, l'anesthésie avait frappé non seulement le sens spécial, mais encore la muqueuse ou la peau qui revêtent l'organe de ce sens. » M. Féré a précisé cette opinion en ces termes : « Les hystériques hémianesthésiques qu'il nous a été donné d'observer et qui ne présentaient ni rétrécissement du champ visuel, ni achromatopsie, conservaient la sensibilité de la conjonctive; celles qui ont perdu la vision d'une ou de plusieurs couleurs et ont un rétrécissement plus ou moins régulièrement proportionnel du champ visuel, ont perdu la sensibilité conjonctivale; celles, enfin, qui ont une achromatopsie complète avec un champ visuel presque nul ont perdu non seulement la sensibilité de la conjonctive, mais encore celle de la cornée. »

On voit quels renseignements précieux peut déjà donner

(1) *Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie : Archives de neurologie*, t. III, 1882, p. 281 et suiv.

l'examen de la sensibilité cornéenne ou conjonctivale, au point de vue des troubles du sens visuel.

Nous avons parlé du réflexe oculo-palpébral. Dans les recherches que nous avons entreprises (1) pour élucider le mécanisme de certains troubles de la vision, il nous a semblé que le *réflexe lacrymal* ne marchait pas de pair avec le précédent. Chaque fois que nous constations une insensibilité de la muqueuse oculaire par l'attouchement direct avec une bandelette de papier, par exemple, les larmes étaient sécrétées immédiatement en aussi grande abondance que sous l'influence de la même excitation portée sur l'autre œil qui, ayant parfois gardé sa sensibilité, pouvait servir de base de comparaison.

Ces phénomènes avaient été déjà notés par M. Pitres (2). « Quant aux réflexes vasculaires et glandulaires, ils persistent, dit-il, malgré l'anesthésie. L'application d'un corps irritant sur la langue insensible est suivie de la sécrétion d'une quantité notable de salive. Une pincée de tabac introduite dans les narines ne provoque pas d'éternuement, mais elle exagère la sécrétion du mucus nasal. Si vous appliquez un corps dur sur la conjonctive anesthésique d'une hystérique, des larmes s'écouleront bientôt sur les joues, quoique la malade ne perçoive aucune sensation douloureuse. M. Magnan a remarqué, en 1873, que l'excitation de la cornée anesthésique peut parfois déterminer un écoulement abondant de larmes, alors que l'excitation de la conjonctive ne produit pas le même résultat. Nos observations sont, sur ce point spécial, en opposition avec celles de l'éminent aliéniste de Sainte-Anne. Toutes les fois que j'ai excité énergiquement la conjonctive (palpébrale ou sclérotidienne) anesthésique de nos hystériques, j'ai vu une abondante sécrétion de larmes suivre l'excita-

(1) Gilles de la Tourette, *De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes des muscles de la face et du cou chez les hystériques : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* t. II, 1889, p. 107.

(2) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, op. cit.,* t. I, p. 85.

tion, bien que les malades n'aient éprouvé aucune sensation douloureuse. La conservation des réflexes sécrétoires explique, dans une certaine mesure, pourquoi la nutrition de l'œil reste intacte, malgré l'anesthésie de la conjonctive. »

Dans certains cas plus rares, l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée peut être remplacée par l'*hyperesthésie* des mêmes membranes. On note alors, le plus souvent, avec les mêmes phénomènes d'amblyopie que nous allons décrire, de la photophobie avec larmoiement, concordant fréquemment avec une contracture de l'orbiculaire.

*
* *

Après la recherche de la sensibilité, l'investigation devra porter sur l'étendue du champ visuel : 1° pour la lumière blanche; 2° pour les couleurs.

Le *rétrécissement du champ visuel* signalé par de Græfe a été particulièrement étudié par Charcot, Parinaud (1) et son élève Hitier (2); c'est un des stigmates les plus fréquents, la plus fréquente de toutes les anesthésies, suivant Dana (3). Sa recherche est donc très importante : elle est très facile à effectuer avec un peu d'habitude; son importance même justifiera les détails dans lesquels nous allons entrer.

Mesuré à l'aide du périmètre, le champ visuel normal présente, en moyenne, les dimensions suivantes : 90 degrés du côté temporal et 60 degrés du côté nasal pour le méridien horizontal; pour le méridien vertical : 65 degrés en haut et 70 en bas. Il faut remarquer que l'étendue du champ visuel

(1) PARINAUD, *Anesthésie de la rétine. — Contribution à l'étude de la sensibilité rétinienne. Communication à l'Académie de médecine de Bruxelles,* 1886.

(2) HITIER, *De l'amblyopie liée à l'hémianesthésie, et spécialement de l'amblyopie hystérique.* Thèse de Paris, 1886.

(3) E. DANA, *A study of the anæsthæsia of hysteria : American Journ. of medical sciences,* octobre 1890.

serait à peu près égale dans tous les sens, si elle n'était diminuée par les organes qui entourent l'œil. Aussi, lorsque le champ visuel sera légèrement rétréci, c'est du côté temporal que le rétrécissement sera, tout d'abord, appréciable. La plupart du temps, notera-t-on seulement ce rétrécissement lorsqu'il descendra au-dessous de 60 degrés, particulièrement, on le comprend, lorsqu'il revêtira la forme circulaire ou *concentrique* que l'on observe si spécialement dans l'hystérie.

Snellen et Landolt ont ainsi formulé l'étendue (minima) du champ visuel normal :

A 0° en haut.	55°
— 45° en haut et en dehors. . .	90°
— 135° en dehors et en bas. . .	60°
— 135° en bas et en dedans. . .	55°
— 45° en dedans et en haut. . .	55°

La figure 21 représente assez bien la forme du champ

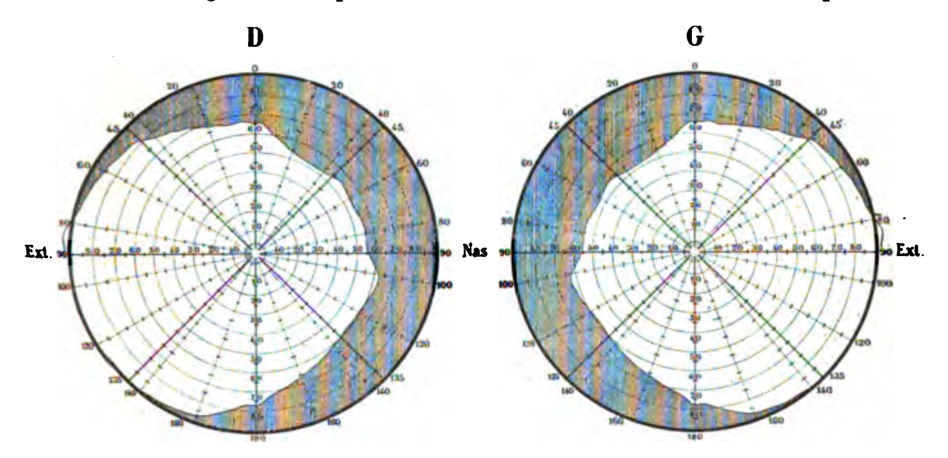


Fig. 21. — Champ visuel normal et schéma campimétrique.

visuel normal : c'est le schéma dont on se sert habituellement à la Salpêtrière, et sur lequel on reporte, au courant de l'exploration, les résultats obtenus directement par l'examen campimétrique.

Ceci dit, entrons dans la pratique. Le périmètre de

Landolt, modifié par Parinaud, dont nous nous servons habituellement (fig. 22), consiste, essentiellement, en un arc de cercle de la valeur d'une demi-circonférence qui, en tournant autour de son sommet, décrit dans l'espace un hémisphère au centre duquel l'œil se trouve examiné.



Fig. 22. — Périmètre de Landolt modifié, placé à 45°.

Le centre (C) de l'arc de cercle est supporté par une colonne de métal ou de bois. Vis-à-vis de cette première colonne, et fixée sur le même support, on voit une seconde pièce terminée par un plateau horizontal glissant à frottement, pour l'élévation ou l'abaissement, sur laquelle s'appuiera exactement le menton de la personne à examiner, de façon que l'axe visuel droit ou gauche, alternativement, se trouve précisément dans la direction du centre (C) du périmètre.

L'arc est divisé en degrés, à partir du point 0° qui indique son sommet, jusqu'à 90 degrés de l'un et de l'autre côté. La division est tracée à l'extérieur de l'arc. Quant à l'inclinaison méridienne de celui-ci, elle se lit sur un petit cadran vertical (D) tangent au sommet de l'arc et ayant ce sommet pour centre, autour duquel se meut, dans le plan de l'arc, une aiguille tournant en même temps que ce dernier.

L'intérieur de l'arc est noirci, sauf le point central de fixation. Quant à l'objet dont on se sert pour explorer la vision indirecte, papier blanc ou coloré, figure ou lettre typographique, on peut, soit le guider de l'extérieur en le plaçant dans un curseur (A'B) qui glisse le long de l'arc et dont un bras postérieur indique le degré correspondant de l'arc, soit, *ce qui est beaucoup plus simple et plus rapide,* le faire mouvoir simplement avec une pince.

Ceci dit, voici comment on procède pour déterminer les limites du champ visuel (1). La tête du sujet étant dans la rectitude, et l'œil à examiner se trouvant au centre de la sphère décrite par l'arc du périmètre, on recouvre l'œil inactif à l'aide d'un bandeau, ou le malade l'obture avec *un doigt.* Il faut veiller à ce que l'épaisseur de l'agent obturateur ne rétrécisse pas les parties internes du champ visuel.

On recommande alors au sujet de fixer exactement le petit point central, tandis que, se plaçant derrière l'arc du périmètre, l'explorateur contrôle avec soin la direction de l'œil et réprime ses moindres déplacements. Puis, l'arc du périmètre étant maintenu dans un plan déterminé, par exemple, d'abord dans le plan horizontal, on fait avancer progressivement l'objet témoin de la périphérie vers le centre jusqu'au point où il est reconnu par l'œil en expérience. Ce point indique la limite du champ visuel pour le plan méridien correspondant. L'opération étant faite pour un des côtés de l'arc, est recommencée pour l'autre côté.

(1) Voy. Landolt, *Le diagnostic des maladies des yeux : Progrès médical,* n° 34, p. 654, 25 août 1877.

C'est ensuite le tour d'un autre méridien, dans le plan duquel on place l'arc du périmètre et par lequel on détermine, de la même façon, la limite à laquelle l'objet est reconnu, en partant de la périphérie. Il est, d'ordinaire, suffisant d'examiner seulement quatre méridiens : l'horizontal, le vertical et les deux intermédiaires, c'est-à-dire qu'on examine les méridiens de 45 en 45 degrés.

« Le champ visuel ainsi déterminé est inscrit sur un schéma qui représente une projection de la sphère (projection *équidistante polaire*). Ce schéma, ainsi qu'on a pu en juger (fig. 21), consiste en une série de cercles concentriques traversés par des diamètres. Le centre de la figure correspond au point de fixation, et les diamètres aux différents plans de l'arc, c'est-à-dire aux méridiens dans lesquels on a exécuté la mensuration. Chaque diamètre porte, à ses extrémités, un chiffre qui indique le degré d'inclinaison du méridien correspondant sur la verticale; cette division correspond nécessairement à celle du cadran D du périmètre. Les rayons sont eux-mêmes divisés, depuis le centre, en parties égales correspondant chacune à 5 degrés de la division de l'arc; le 0°, sommet de l'arc, correspond au 90° à son extrémité.

« Il est facile, d'après cela, de reporter sur ce schéma les résultats obtenus par l'examen du champ visuel. Deux de ces projections sont habituellement placées l'une à côté de l'autre sur la même feuille; celle de droite correspond à l'œil droit du malade; celle de gauche, à l'œil de ce côté. La partie externe du champ visuel de l'œil droit répond au côté droit de la figure correspondante, la partie interne au côté gauche. L'inverse a lieu, nécessairement, pour l'autre œil. »

Normalement, nous l'avons dit, le champ visuel est loin d'être circulaire, comme on pourrait le croire *à priori*. Il a sa plus grande dimension en dehors et à sa partie inféro-externe. La partie supérieure, et surtout la partie interne, sont beaucoup moins étendues.

Appliquons ces données à la recherche du champ visuel

d'une hystérique amblyopique (fig. 23). Supposons qu'on examine l'œil droit; a-t-on d'abord exploré le méridien horizontal et trouvé par exemple 25 degrés du côté externe, 25 degrés du côté interne, on cherchera sur la figure de droite le diamètre horizontal, et sur le rayon de droite on fera une marque à la division numérotée 25°, tandis qu'on marquera le 25° degré sur le rayon de gauche. On passera ensuite, par exemple, au méridien intermédiaire incliné de 45 degrés sur la droite par sa partie supérieure, on

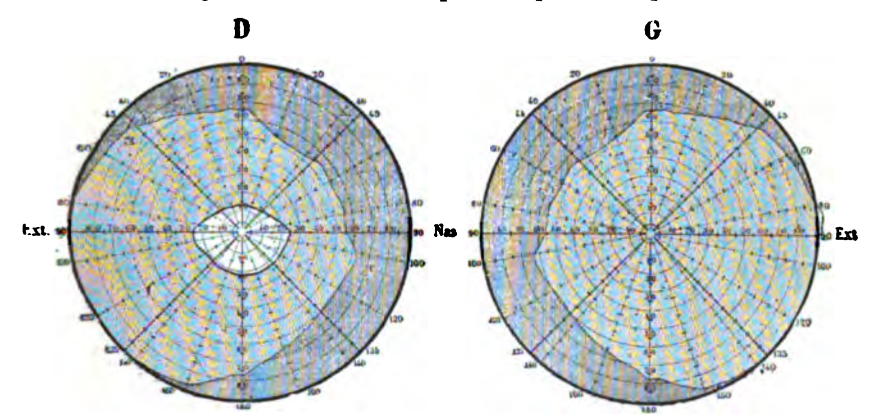


Fig. 23. — Rétrécissement concentrique du champ visuel à droite; amaurose à gauche. (G. T.)

herchera sur la figure le diamètre correspondant, et c'est sur lui que nous marquerons les degrés (20) trouvés dans l'expérience. Réunissons par un trait continu les différents points isolés marqués sur les divers méridiens, et nous avons dans un cas type (homme de vingt et un ans) un modèle de champ visuel dans l'hystérie.

Ce champ visuel offre deux particularités :

1° *Il est rétréci;*

2° *Il est concentriquement rétréci.*

Le rétrécissement n'est pas discutable dans le cas actuel, que nous avons dit être un cas type : par contre, l'état concentrique pourrait l'être, car nous avons vu que certains diamètres étaient rétrécis à 20 degrés, d'autres à

25 degrés. Toutefois, cette différence est trop minime pour nuire au caractère général de concentricité, et nous avons choisi ce fait pour éviter qu'on tombe dans une erreur préjudiciable, assez fréquemment commise.

Il importe de remarquer que, dans le cours d'un même examen, le champ de la vision se modifie fréquemment, — les hystériques étant sujets à la kopiopie, — tantôt pour s'étendre, tantôt pour se rétrécir, dans des limites à la vérité restreintes, de 5 à 15 degrés, mais qui, néan-

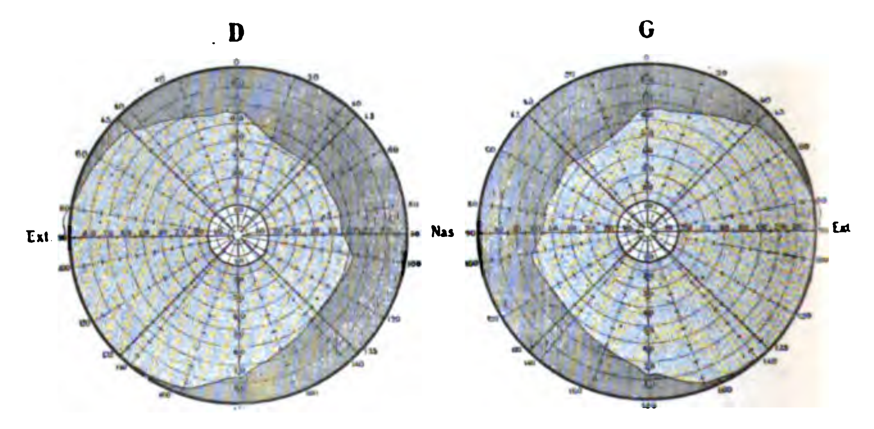


Fig. 24. — Rétrécissement concentrique *bilatéral* du champ visuel. (G. T.)

moins, pourraient faire croire à l'irrégularité. Il est donc nécessaire d'être prévenu que l'examen devra être fait rapidement; qu'il ne faudra pas fatiguer le malade outre mesure, dans le but assez inutile, d'ailleurs, de mesurer le champ visuel très exactement, à 4 ou 5 degrés près; qu'on pourra, le plus souvent, se contenter des diamètres verticaux et horizontaux. Dans ces conditions, on observera toujours que le champ visuel, lorsqu'il est altéré dans l'hystérie, est *concentriquement rétréci*.

Le plus souvent le rétrécissement est *bilatéral* (fig. 24); nous ne disons pas toujours, car, sur 79 cas examinés par M. Parinaud (1), huit fois seulement l'amblyopie ou

(1) Morax, *Compte rendu du service ophthalmologique* de M. le

l'amaurose étaient limitées à un seul œil. Si le rétrécissement est unilatéral, il siège du côté anesthésique. Sur la figure 23, l'œil gauche est amaurotique complet, l'œil droit est très rétréci ; or, l'hémianesthésie siégeant à gauche, l'œil droit eût pu être indemne, mais ces faits d'unilatéralité sont rares. Lorsque le rétrécissement est bilatéral, souvent un côté est plus rétréci que l'autre ; la plus forte contraction répond alors au côté hémianesthésique.

Lorsque la macula est envahie, l'amaurose est complète. L'amaurose unilatérale est relativement fréquente, mais il n'en est pas de même de l'amaurose bilatérale amenant la *cécité hystérique*. Landouzy en a vu deux cas ; Briquet en rapporte trois ; Marlow (1), Wurdemann (2) en citent chacun un ; J. Lévy en a pris un autre, observé à la clinique de Mendel, pour sujet de sa thèse inaugurale (3). Dans ce dernier cas, l'amaurose s'accompagnait de certaines particularités sur lesquelles nous aurons à revenir.

Nous avons nous-même observé quelques cas d'amaurose totale, mais dans la grande majorité des cas la cécité n'est que temporaire. Se montrant le plus souvent à la suite d'une attaque, elle disparaît subitement comme elle était venue, après quelques heures et, au maximum, après quelques jours de durée. Il n'en était toutefois pas ainsi dans le cas de Harlan (4), où elle persista pendant dix années.

Cette amblyopie hystérique, qui va du degré le moins marqué du rétrécissement concentrique du champ visuel à l'amaurose absolue, est beaucoup plus complexe qu'on ne l'imagine peut-être. Le rétrécissement porte en effet non

Dr Parinaud à la Salpêtrière, pour l'année 1888. *Archives de neurologie*, 1889, p. 437.

(1) Marlow, *Hysterical blindness in the male* (deux jours de durée) : *New-York medic. Journ.*, 9 février 1889, p. 154.

(2) Wurdemann, *Un cas de cécité hystérique : Med. News*, 14 févr. 1891.

(3) J. Lévy, *Ueber hysterische Amaurose. Inaug. Diss.* Berlin, 1890. *Anal. in Neurolog. Centr.*, n° 18, 15 septembre 1890, p. 572.

(4) Harlan, *Hysterical blindness of ten years duration in healthy male subject : Med. News*, Philadelphia, 11 janvier 1890. — Brown, *Total blindness following shock, recovery. Northwest Lancet*, Saint-Paul, p. 349, 1890.

seulement sur la lumière blanche, mais encore concurremment, dans la majorité des cas, sur les couleurs.

*
* *

On doit à M. Galezowski d'avoir montré que l'amblyopie hystérique s'accompagne très fréquemment de *dyschromatopsie* ou d'*achromatopsie*, c'est-à-dire d'une distinction restreinte ou absolument nulle des couleurs (1).

Cette perversion du sens de la vue, en ce qui concerne la notion des couleurs, s'opère suivant certaines règles, certaines lois, que M. Landolt a bien fait connaître à la suite de recherches entreprises sur les malades du service de M. Charcot.

A l'état normal, toutes les parties du champ visuel ne sont pas également aptes à percevoir les couleurs (fig. 25). Il en est pour lesquelles le champ visuel est physiologiquement plus étendu que pour d'autres, et ces différences se reproduisent chez tous les sujets à peu près, suivant la même règle pour chaque couleur. Ainsi, dans la grande majorité des cas, c'est pour le *bleu* (en dehors de la lumière blanche, bien entendu) que le champ visuel est le plus vaste ; viennent ensuite le *jaune,* puis l'*orangé,* le *rouge,* le *vert;* enfin, le *violet* n'est perçu que par les parties les plus centrales de la rétine.

Dans l'amblyopie hystérique, ces caractères de l'état normal se montrent, en quelque sorte, exagérés à des degrés variés. Là, en effet, les divers cercles qui correspondent dans l'exploration (2) aux limites de la vision pour chaque couleur se rétrécissent concentriquement d'une façon plus ou moins accentuée, suivant la loi reconnue pour l'état normal. On comprend sans peine, d'après cela, les nombreuses combinaisons qui pourront se produire dans les

(1) Voy. l'analyse, par Bourneville, d'une leçon de Charcot : *Des troubles de la vision chez les hystériques : Progrès médical,* n° 3, 19 janvier 1878, p. 36, et *Gazette des hôpitaux,* 1878, p. 67, 92.

(2) Landolt, *Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux,* p. 155.

cas d'hystérie où ce genre d'amblyopie sera parvenu à un haut degré. Le cercle du violet — *couleur centrale* par excellence — pourra se rétrécir jusqu'à devenir nul, et le malade, distinguant nettement toutes les autres couleurs, sera incapable de nommer le violet; puis, l'affection progressant, ce sera le tour du vert, autre couleur *centrale;* puis le tour du rouge, de l'orangé. Le jaune et le bleu,

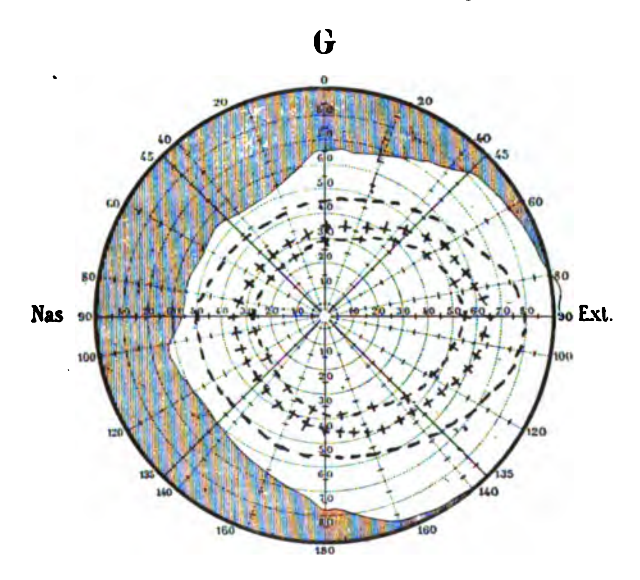


Fig. 25. — Champ visuel chromatique normal. — — — — — — Champ visuel du bleu. — + + + + Champ visuel du rouge. — + — + Champ visuel du vert. (Souques.)

couleurs *périphériques,* continueront à être perçus jusqu'à la dernière limite. Ce sont, en effet, l'observation le démontre, les deux couleurs dont la sensation dans l'amblyopie hystérique se conserve le plus longtemps. Mais il y a des exceptions à cette règle, en ce sens que, chez certains malades, — fréquemment même, — c'est le *rouge* et non le *bleu* qui disparaît le dernier. Cependant, on peut considérer comme une règle absolue que les couleurs *centrales,* le vert et le violet, ce dernier surtout, cessent d'être

perçues avant que la notion du rouge et des autres couleurs, en général, disparaisse.

A un degré plus élevé encore de l'amblyopie hystérique, — et Briquet l'avait déjà noté, — il peut se faire que toutes les couleurs cessent d'être perçues absolument, la notion de la forme étant conservée, et alors les objets n'apparaissent plus, en quelque sorte, aux yeux du malade, que sous l'aspect où ils se présentent dans une peinture grise « en *camaïeu* » ou dans une aquarelle à la sépia. Enfin, au dernier terme, l'amblyopie hystérique peut faire place — rarement, nous l'avons dit — à une véritable amaurose.

Ces altérations chromatiques du champ visuel se manifestent principalement, comme pour le rétrécissement ordinaire, dans l'œil correspondant au côté anesthésié; mais il est habituel que le champ visuel pour les couleurs se montre en même temps rétréci, à la vérité, à un degré beaucoup moindre, dans l'œil du côté opposé. C'est pourquoi il n'est pas très rare de rencontrer des hystériques qui, ne distinguant pas de l'œil gauche, par exemple, répondant au côté hémianesthésique, les couleurs périphériques : à savoir, le jaune et le bleu, auront perdu seulement, pour l'œil du côté opposé, la notion des couleurs centrales : à savoir, au premier chef, le violet, puis le vert. On comprend, théoriquement, l'existence d'une foule d'autres combinaisons fondées sur le même principe, et ces combinaisons trouvent, chaque jour, leur réalisation dans la clinique.

Les troubles de la vision des couleurs peuvent présenter la même mobilité que les autres manifestations locales de l'hystérie, et, comme celles-ci, se montrer ou disparaître soudainement, ou, au contraire, s'établir à l'état de stigmate permanent, ce qui est, de beaucoup, le plus fréquemment observé.

Ainsi, par exemple, la dyschromatopsie préexistante et plus ou moins permanente chez un malade fera place, tout à coup, à l'achromatopsie complète dans le temps où, placé sous le coup de l'aura prémonitoire, il est menacé d'une attaque convulsive, et cette achromatopsie disparaî-

tra après l'attaque aussi vite qu'elle s'était produite. Une amaurose absolue, portant sur les deux yeux, pourra s'établir momentanément, à la suite de l'attaque, en même temps que l'anesthésie cutanée, dépassant ses limites habituelles, aura envahi toute l'étendue du corps. Bourneville en a rapporté un fait remarquable (1). Il peut également arriver que l'amaurose monoculaire ou la cécité complète se développent spontanément, sans avoir été précédées par l'orage convulsif.

M. Parinaud (2) a complété les précédentes notions sur la vision des couleurs chez les hystériques. Le rétrécissement du champ visuel pour les couleurs est toujours concentrique; mais, ainsi que les premières études de M. Charcot le démontraient, à l'encontre des recherches de M. Landolt, le champ du bleu, normalement plus étendu, devient plus petit que celui du rouge. « C'est généralement, dit-il, dans l'ordre suivant que la perception des couleurs disparaît : *violet, vert, bleu, rouge,* ainsi que M. Charcot l'a établi (fig. 26). Mais il y a des exceptions. La persistance de la vision du rouge, qui se traduit par la prédilection depuis longtemps remarquée des hystériques pour cette couleur, est le caractère dominant de cette dyschromatopsie. »

La vision des couleurs peut encore être altérée du fait d'un autre trouble observé par M. Parinaud très rarement dans l'hystérie ; nous voulons parler du *scotome central.*

« Le scotome central se greffe parfois — dit-il — sur l'amblyopie à développement concentrique, et ces deux processus évoluent simultanément, de telle sorte qu'à un moment donné on peut observer une altération particulière du champ des couleurs, dont la vision est abolie au centre, du fait du scotome, et à la périphérie, du fait du rétrécissement, tandis qu'elle est conservée dans une zone

(1) Bourneville, *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie,* p. 137 et 146.

(2) *Anesthésie de la rétine, op. cit.,* p. 11 et suiv. (tirage à part).

intermédiaire sous forme d'un anneau qui entoure le

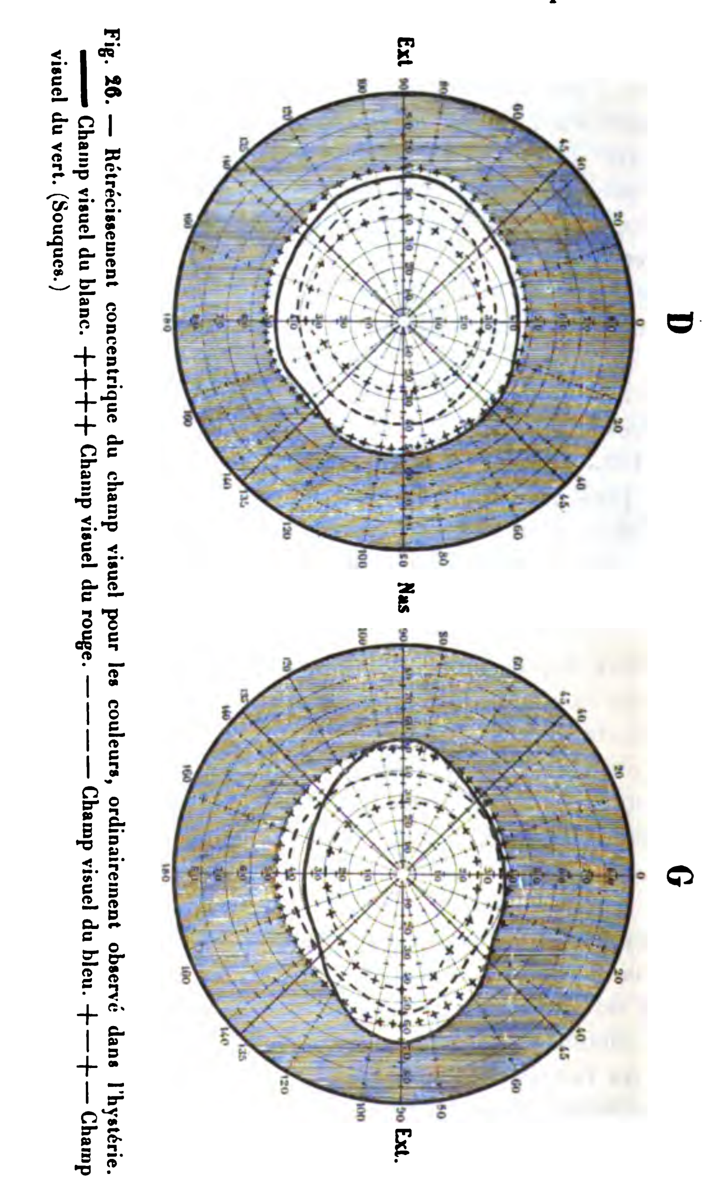


Fig. 26. — Rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs, ordinairement observé dans l'hystérie. ——— Champ visuel du blanc. ++++ Champ visuel du rouge. - - - - - Champ visuel du bleu. +—+— Champ visuel du vert. (Souques.)

point de fixation. Les faits de ce genre sont d'ailleurs très

rares ; ils sont intéressants à signaler au point de vue de la différence des deux processus.

« On peut observer une autre particularité qui n'est pas moins curieuse. Lorsque l'anesthésie pour la lumière et le rétrécissement du blanc dominent, il arrive assez fréquemment que le champ du rouge est plus étendu que celui du blanc. Le même fait se produit, mais plus rarement, pour les autres couleurs. Ceci revient à dire que, dans certaines conditions, *les couleurs sont perçues comme telles, ou comme gris, avec une intensité moindre que le blanc*. Il est évident, en effet, qu'à un même éclairage, un papier coloré qui ne l'est que par l'absorption d'une partie des rayons de la lumière incidente, représente une lumière plus faible que le blanc, qui les réfléchit à peu près tous. La couleur produit, cependant, une sensation lumineuse qui fait défaut avec le blanc, fait contraire à toute prévision. Chez quelques malades qui présentent cette particularité très prononcée, qui ont, par exemple, le champ du rouge près de deux fois plus étendu que celui du blanc, j'ai fait l'expérience suivante : la lumière blanche, au photoptomètre, n'est perçue qu'à une très forte intensité, soit 100 fois supérieure à la normale. Je règle l'instrument à quatre-vingt-dix intensités ; le malade ne voit rien. Je glisse alors, au devant de la surface blanche non perçue, un verre rouge saturé qui absorbe presque tous les rayons, à l'exception des rouges ; aussitôt le malade accuse une sensation lumineuse. Je signale ces faits, sans commentaires, à l'attention des physiologistes. »

L'*acuité visuelle* est généralement peu modifiée dans l'amblyopie hystérique. « Si l'on recherche, — dit M. Parinaud, — le point où la vision est la plus distincte, en présentant, à des distances différentes, les caractères destinés aux épreuves de lecture, on sera surpris de trouver souvent une acuité visuelle sensiblement normale avec une amblyopie très prononcée, un champ visuel rétréci jusqu'à quarante ou trente, et même une réduction notable de la perception lumineuse centrale. Malgré l'anes-

thésie pour la lumière, l'acuité visuelle est généralement meilleure à un éclairage modéré qu'à un éclairage intense. Cette amblyopie nous fournit une nouvelle preuve de l'indépendance relative de la sensibilité lumineuse et de l'acuité visuelle. Lorsque l'anesthésie centrale pour la lumière dépasse un certain degré, l'acuité visuelle tombe rapidement. La persistance d'une bonne acuité visuelle, chez certains malades, fait qu'ils peuvent ne pas soupçonner leur trouble visuel, surtout s'il est monoculaire, et que le médecin lui-même ne le reconnaît que s'il le recherche systématiquement.

« Au point de vue des rapports de la perception lumineuse et de l'acuité visuelle, cette amblyopie nous offre un contraste remarquable avec l'amblyopie des atrophies de papille, où une perception lumineuse normale peut persister assez longtemps avec une réduction considérable de l'acuité visuelle. »

*
* *

L'acuité visuelle, nous venons de le voir, est, d'une façon générale, sensiblement normale dans l'hystérie qui s'accompagne d'un rétrécissement concentrique du champ visuel, même très prononcé. L'amblyopie hystérique n'altère que relativement peu la *perception des formes,* mais elle s'accompagne de certains troubles particuliers de l'accommodation et de la réfraction que M. Parinaud a signalés le premier, et dont il a donné une excellente description (1).

« La *diplopie,* ou mieux la *polyopie monoculaire,* dit-il, accompagne si fréquemment l'anesthésie de la rétine qu'on ne peut mettre en doute l'existence d'une relation directe entre ces deux états, bien que la polyopie n'ait pas sa cause immédiate dans une modification nerveuse rétinienne ou centrale, et qu'elle reconnaisse comme intermédiaire un

(1) *De l'anesthésie rétinienne, op. cit.* — Voy. aussi Barrat, *Polyopie monoculaire.* Thèse de Bordeaux, 1888.

trouble de la réfraction. Cette polyopie est méconnue, parce qu'elle est dissimulée généralement par l'amblyopie, qu'elle n'apparaît qu'à une certaine distance, et qu'elle ne devient sensible, pour le malade, que si on la recherche méthodiquement. »

Cependant, dans un cas d'Ulrich (1), la malade présentait une polyopie qui lui faisait voir les personnes dans la rue, presque six fois et plus : ce n'en est pas moins là un fait exceptionnel.

Puis, M. Parinaud trace les règles de l'exploration et donne la théorie de ce phénomène, qu'il a déjà exposé dans un mémoire antérieur (2). Nous ne retiendrons de sa description que ce qui a trait à l'application clinique, devant revenir sur ce sujet dans le chapitre suivant, consacré aux contractures et paralysies des muscles oculaires. « Un crayon ou un objet analogue est placé, dit-il, près de l'œil, et éloigné lentement. Il est d'abord vu simple ; à la distance de 10 à 15 centimètres de l'œil, une seconde image apparaît, généralement du côté temporal. A mesure que l'objet s'éloigne, les deux images s'écartent, et il n'est pas rare qu'une troisième, moins intense, apparaisse du côté opposé. Si l'on éloigne encore l'objet, les images s'obscurcissent et cessent d'être vues distinctement. On constate, en même temps, de la *macropsie* ou de la *micropsie*, très accusées, par l'éloignement ou le rapprochement de l'objet. »

Les troubles que nous venons de décrire ne s'accompagnent jamais de lésions du fond de l'œil appréciables à l'ophthalmoscope : les investigations faites à la Salpêtrière sur des malades porteurs depuis plus de vingt ans d'amblyopie hystérique sont toujours restées négatives à ce point de vue.

L'amblyopie, comme tous les autres troubles hystériques, a donc une origine centrale, ce que M. Regnard a

(1) Ulrich, *Intermitterender Spasmus eines Musc. rect. inter. auf hysterischer Basis. Zehender's klin. Monatsbl. fur Augenheilk.*, juillet 1882.

(2) *Annales d'oculistique*, mai-juin 1878.

démontré par l'expérience suivante, pour ce qui est de la vision des couleurs (1).

Étant donnée, par exemple, une hystérique qui voit le rouge et ne voit pas le vert, si on lui présente un disque formé de rayons rouges et de rayons verts, elle nomme bien le rouge, puis dit que le vert est blanc. Si l'on fait rapidement tourner le disque de façon que les deux couleurs complémentaires l'une de l'autre forment la couleur composée, qui est le gris, cette hystérique verra cette couleur composée dont elle ne voit pas l'une des couleurs complémentaires. Il résulte donc de cette expérience et d'un grand nombre d'autres analogues, entreprises par M. Regnard, que l'achromatopsie hystérique a un siège central et ne réside pas dans la rétine.

*
* *

A moins d'être complète, auquel cas l'amaurose est constituée, l'amblyopie hystérique, même très accentuée, ne détermine habituellement aucune incommodité sérieuse; ce qui tient probablement, en partie tout au moins, à ce que l'acuité visuelle n'est pas modifiée. Il est très rare que les malades consultent à ce propos; et ils sont fort étonnés, le plus souvent, quand on leur montre combien leur champ visuel est rétréci. Si, obturant, par exemple, l'œil droit normal, on fait fixer à l'œil gauche, dont le champ visuel est très rétréci, la figure d'un des assistants, l'hystérique est tout surpris de ne voir qu'une partie du visage de la personne qu'il considère. Si l'on découvre l'œil droit, la vision binoculaire redevient normale.

M. Parinaud (2) a parfaitement noté ces faits. « Depuis longtemps, dit-il, j'ai constaté, dans l'amaurose hystérique unilatérale, qu'un œil qui ne voit pas dans la vision mono-

(1) *Société de biologie*, 26 janvier 1878.

(2) Parinaud, *Sur une forme rare d'amblyopie hystéro-traumatique : Société d'ophthalmologie*, 4 juin 1889, et *Bulletin médical*, 1889, p. 777.

culaire peut voir dans la vision binoculaire et, en particulier, dans la vision stéréoscopique.

« Ces malades, complètement amaurotiques d'un œil, l'autre étant fermé, voyaient positivement de chaque œil dans la vision binoculaire. Les expériences furent variées de plusieurs manières ; la concordance des résultats ne laisse aucun doute à cet égard. Chez certains malades, toutefois, l'amaurose ne disparaît pas dans la vision binoculaire, soit que l'amblyopie soit trop prononcée dans l'autre œil, soit que la vision binoculaire n'existait pas, ou existait imparfaitement avant la maladie.

« Le rétablissement de la vision dans l'œil amblyope, au moment de la vision binoculaire, ne porte d'ailleurs que sur la vision centrale ; la portion périphérique du champ visuel reste abolie aussi bien dans la vision monoculaire de l'œil malade que dans la vision binoculaire ; car, pour l'œil malade, la perception de l'index ne s'étend pas au delà de 8 à 10 degrés du point de fixation.

« Ces faits, si curieux au point de vue de la physiologie pathologique de l'hystérie, tendent à établir : 1° Qu'il y a des centres cérébraux distincts pour la vision périphérique et la vision centrale, puisque, dans des cas analogues à ceux auxquels je fais allusion, la vision périphérique peut être abolie, alors que la vision centrale reste intacte.

« 2° En ce qui concerne la vision centrale, on peut admettre que, dans la vision monoculaire, chaque œil est en rapport avec un seul hémisphère, celui du côté opposé ; dans la vision binoculaire, au contraire, les deux yeux se mettent en rapport avec un seul hémisphère, mais qui peut être indifféremment le droit ou le gauche. »

M. Pitres (1) a également poursuivi des expériences dans le même sens, et les résultats auxquels il est arrivé sont identiques avec ceux obtenus par M. Parinaud. Nous rapporterons quelques-unes de ces expériences, importantes au point de vue clinique, car elles nous initieront au manie-

(1) *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, op. cit.*, t. I, 1891, p. 101 et suiv.

ment de certains appareils dont l'emploi est nécessaire lorsque se trouve posée la question de la *simulation*.

M. Pitres expérimenta d'abord sur une de ses anciennes malades qui, quelques années auparavant, « distinguait à peine le jour de la nuit avec l'œil gauche. Je lui demandai, dit-il, si ce symptôme persistait toujours, et, sur sa réponse affirmative, je plaçai devant ses yeux une *boîte de Flees*. Cet appareil, vous le savez peut-être, est formé par une boîte munie de deux oculaires et ayant les apparences extérieures d'un stéréoscope. Au fond de cette boîte sont placés deux points de couleur différente, l'un à droite, l'autre à gauche, et, par une ingénieuse disposition, le sujet voit avec l'œil droit le point situé à gauche et *vice versa*. Supposez un simulateur non prévenu, prétendant n'y pas voir de l'œil droit; il dira qu'il ne voit pas le point qui lui apparaît à droite. Or, c'est précisément celui qui est perçu par l'œil gauche. Mais revenons à notre hystérique. A peine eut-elle regardé dans l'instrument, qu'elle dit sans hésiter : « Je vois deux points, l'un rouge, l'autre « bleu. » Je ne manifestai aucun étonnement... Cependant, je remarquai que la supercherie, dont je soupçonnais alors la malade, ne se traduisait pas par l'erreur que commettent habituellement les simulateurs.

« A quelque temps de là, je répétai l'expérience de la boîte de Flees sur deux autres hystériques, également amblyopes du côté gauche. Les résultats furent les mêmes. Ces malades, qui ne voyaient pas de l'œil gauche seul, distinguaient très nettement les deux points au fond de la boîte.

« Je me demandai alors si l'amaurose hystérique n'était pas un trouble fonctionnel existant seulement dans la vision monoculaire, et, partant de cette hypothèse, je fis un certain nombre d'expériences dont les résultats concordants fixèrent ma conviction.

« Voici précisément une des malades qui ont servi à ces recherches. Lorsque son œil gauche est fermé, elle voit très bien avec l'œil droit. Quand, au contraire, son œil

droit est fermé, elle distingue à peine, avec l'œil gauche, le jour de la nuit. Les deux yeux étant ouverts, je la prie de fixer une croix rouge tracée au centre d'un tableau noir; puis je place un prisme devant son œil droit. La malade aperçoit aussitôt deux croix rouges. Je place maintenant le prisme devant l'œil gauche, et la malade déclare encore qu'elle voit deux croix rouges. D'après les conditions physiques de l'expérience, cette diplopie, provoquée par l'interposition du prisme, ne peut se produire que si les deux rétines sont excitables. L'une des deux est impressionnée, en effet, par l'image réelle, tandis que l'autre perçoit l'image déviée par réfraction. Dans les conditions où nous venions de la placer, notre malade y voyait donc des deux yeux.

« Pratiquons, maintenant, l'expérience de l'écran. J'écris sur le tableau une ligne de lettres. Une lame de carton est placée verticalement devant le milieu du visage de la malade, et celle-ci est assise bien en face du tableau. L'œil droit fermé, elle déclare qu'elle est incapable de distinguer les caractères écrits sur le tableau. L'œil gauche fermé, elle lit, avec hésitation, les lettres placées à droite de l'écran. Les deux yeux ouverts, elle lit toutes les lettres, aussi bien celles qui sont à gauche de l'écran que celles qui sont à sa droite.

« Que faut-il conclure de ces expériences? Que nos malades sont des fourbes se jouant impunément de notre crédulité? Je ne le pense pas, car on n'expliquerait alors ni la concordance de leurs réponses, ni les différences existant entre leur méthode de simulation et celle des jeunes gens qui tentent d'échapper au service militaire en alléguant une fausse amaurose unilatérale. A mon avis, il n'y a pas lieu de douter de la sincérité de nos hystériques, parce que les symptômes de leur amblyopie ne sont pas exactement calqués sur ceux de l'amaurose organique. Un trouble fonctionnel n'a pas la fixité d'une lésion destructive. La cécité de cause organique reste invariable dans la vision monoculaire et dans la vision binoculaire, mais il est possible qu'il n'en soit pas de même pour l'am-

blyopie hystérique, et, ce point de départ une fois accepté, il devient facile d'expliquer les phénomènes observés sur nos malades, en admettant que leur amblyopie est un trouble de la fonction monoculaire susceptible de disparaître aussitôt que les deux yeux agissent synergiquement, comme ils le font dans les conditions habituelles de la vision normale. »

M. Pitres fait alors remarquer que cet entraînement fonctionnel, dont il suppose l'existence dans la vision binoculaire, a des analogues dans la vision des couleurs, dont nous avons déjà parlé. M. Charcot a observé que certaines hémianesthésiques atteintes de cécité monoculaire pour une couleur voient distinctement cette couleur, même de l'œil achromatope, dans la vision binoculaire. M. Parinaud rapporte cette observation dans les termes suivants :

« Soit, dit-il, une hémianesthésique atteinte de cécité monoculaire pour une couleur. Nous supposons, par exemple, qu'un carré de papier vert est vu gris de l'œil gauche amblyope, et vert de l'œil droit qui est sain. Si l'on place sur l'œil sain un prisme qui fasse voir deux images du papier, au lieu d'être, l'une verte, l'autre grise, comme on s'y attend, les deux images sont vertes. En répétant cette expérience, j'ai observé que si l'on place le prisme sur l'œil malade, les deux images sont grises ; mais il faut, pour cela, que l'amblyopie ne soit pas trop prononcée. »

M. Parinaud a constaté un fait plus curieux encore. Il a trouvé un certain nombre de malades achromatopes de chacun des deux yeux dans la vision monoculaire, et qui cependant distinguaient très bien les couleurs dans la vision binoculaire. Il a vu enfin que, dans beaucoup de cas de rétrécissement concentrique unilatéral du champ visuel, il suffisait de faire ouvrir l'œil du côté sain pour que le champ de la vision de l'œil amblyope s'accrût aussitôt de 10 à 20 degrés.

Plusieurs théories, dit M. Pitres, ont été proposées pour expliquer ces faits : l'hypothèse de la multiplicité des centres sensitifs est celle qui satisfait le mieux son esprit;

mais au-dessus des théories il y a les faits cliniques, qui — nous partageons entièrement son opinion — valent encore mieux que toutes les interprétations.



Les dernières considérations que nous venons d'exposer montrent que, par suite du rétablissement de la vision binoculaire, l'amblyopie hystérique incomplète, bornée à un seul œil, n'est pas grave, en ce sens qu'elle entraîne avec elle peu d'inconvénients. Il en est encore ainsi, le plus souvent, lorsque le rétrécissement du champ visuel, ce qui est fréquent, affecte les deux yeux, même lorsqu'il est très prononcé, étant donné surtout que l'acuité visuelle et que la perception des formes ne sont que peu ou pas modifiées.

En ce qui regarde la vision des couleurs, il est clair que les sujets chez lesquels elle est pervertie feraient de fort mauvais peintres, et l'on pourrait peut-être interpréter ainsi bien des tableaux incompréhensibles. En somme, la dyschromatopsie peut être une gêne, elle n'est pas une maladie, à proprement parler. Nous aurons cependant, au point de vue médico-légal, à insister sur ce fait que certains employés de chemin de fer, devenus achromatopes à la suite de collisions qui ont fait germer chez eux l'hystérie, sont devenus incapables de continuer à remplir les fonctions qui leur assuraient le pain quotidien.

Ceci nous conduit à dire quelques mots des *causes productrices* de l'amblyopie : si nous n'en avons pas déjà parlé, c'est que celles-ci rentrent dans l'étiologie générale des accidents hystériques. Comme tous les stigmates permanents, l'amblyopie s'installe, dans la majorité des cas, sourdement, insidieusement. Le sujet qui en est porteur ne saurait préciser sa date d'apparition, car il est souvent très étonné lui-même quand on lui montre combien son champ visuel est rétréci. L'amaurose qui surviendra *subitement,* en apparence, dans ces conditions, — presque tou-

jours à la suite d'une attaque, — n'est que, le plus souvent, l'extension du rétrécissement à la macula, et lorsque l'amaurose disparaît *subitement,* elle laisse souvent aussi derrière elle le rétrécissement concentrique du champ visuel, qui existait ou non auparavant.

Parfois, cependant, un traumatisme local, suivant la loi établie par M. Charcot, peut développer les phénomènes locaux de l'hystérie. M. Parinaud (1) a rapporté l'observation, concluante à ce point de vue, d'un sujet vigoureux de vingt-huit ans qui vint lui « demander un certificat constatant qu'il avait perdu l'œil droit après avoir reçu un coup de fouet qui n'avait déterminé qu'une légère ecchymose et une éraillure superficielle de la peau, sans lésion de l'œil, ni superficielle, ni profonde ».

Il n'en est pas moins vrai que, du fait du coup de fouet, le malade, chez lequel s'était développé une amblyopie hystérique, avait éprouvé un dommage : c'est une question qui sera traitée ultérieurement.

Dans un cas de Lasègue, la pénétration dans l'œil d'un grain de poussière avait déterminé l'apparition d'un blépharospasme. M. Borel (2) a donné l'histoire clinique d'une jeune fille hystérique chez laquelle la coïncidence d'une myopie, « qui l'avait beaucoup inquiétée », devait avoir singulièrement favorisé la localisation sur les yeux de certains troubles moteurs qui vont être étudiés. C'est toujours la même mise en œuvre de la suggestion spontanée ou « traumatique », comme dit M. Charcot.

Parfois, avons-nous dit, l'amblyopie bilatérale va jusqu'à l'amaurose; il y a cécité, et le pronostic semble fort grave; mais le cas de Harlan doit être considéré comme exceptionnel, et presque toujours la perte de la vue est de courte durée, de quelques heures à quelques jours. L'amaurose guérit subitement comme elle est venue, laissant fréquemment après elle, nous le savons, le rétrécissement

(1) Parinaud, *Bulletin médical,* 1889, *op. cit.*

(2) Borel, *Affections hystériques des muscles oculaires : Arch. d'ophthalmol.,* 1887, p. 362.

du champ visuel qui l'avait précédée parfois, et qui lui survivra pendant bien longtemps.

L'amblyopie hystérique ne comporte donc pas, généralement, un pronostic sérieux; mais, pour affirmer la nature bénigne d'une affection, il faut être assuré du diagnostic, et certains éléments, tout au moins, de l'amblyopie hystérique peuvent être simulés par des déterminations organiques qu'il importe de connaître.



Il est d'abord une *lésion* qui marche avec un cortège de phénomènes oculaires absolument analogues à ceux que l'on observe dans l'amblyopie hystérique n'allant pas jusqu'à l'amaurose. Nous voulons parler des foyers d'hémorrhagie — ou de toute autre nature — qui intéressent le tiers postérieur de la capsule interne. Ces foyers, ainsi que l'a montré M. Charcot (1), s'accompagnent d'une hémianesthésie avec rétrécissement concentrique du champ visuel et d'une dyschromatopsie identiques à celles qu'on observe dans l'hystérie; le tout, sans lésions appréciables à l'ophthalmoscope. Bien plus, alors que le foyer qui coupe le tiers postérieur de la capsule interne est *unilatéral,* le rétrécissement du champ visuel est *bilatéral,* ainsi que cela s'observe, le plus fréquemment aussi, dans l'hystérie avec *hémi*anesthésie : à ce point même que M. Charcot a rejeté, de ce fait, le terme d'amblyopie croisée qu'il employait, autrefois, pour désigner ce trouble visuel, puisque les phénomènes sont bilatéraux.

Comment alors établir le diagnostic entre l'amblyopie hystérique et l'amblyopie par lésion organique du carrefour sensitif? Puisque les signes oculaires sont identiques, les éléments d'appréciation seront surtout tirés — outre les antécédents morbides et l'âge du sujet — de la présence constante d'une hémiplégie complète ou incomplète lors-

(1) *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière.* Paris, 1876-1880, p. 119.

que l'hystérie n'est pas en cause. Mais l'hémiplégie hystérique n'est pas rare : dans ces conditions, on aura pour se guider certains caractères qui seront exposés plus loin et qui portent sur l'attitude, la démarche (1), la participation de la face, etc., différentes dans les deux cas.

Cependant, il faut savoir qu'on peut éprouver parfois des difficultés à se prononcer (2). En attendant, ces notions nous permettent de supposer que le siège de l'amblyopie hystérique pourrait bien être, lui aussi, dans le carrefour sensitif, la lésion dynamique de l'hystérie réalisant les mêmes phénomènes que la lésion organique qui permet d'étudier cette localisation.

Il n'y a plus lieu, aujourd'hui, d'insister sur l'*amblyopie saturnine*, qui doit rentrer dans le cadre de l'hystérie.

De nombreux cas d'*amblyopie alcoolique* appartiennent également à la névrose; mais l'amblyopie alcoolique existe véritablement et possède quelques signes qui lui sont propres et qu'elle tire surtout de la forme spéciale de sa dyschromatopsie.

« La dyschromatopsie alcoolique, dit M. Parinaud (3), affecte la forme d'un scotome qui se développe du centre à la périphérie, contrairement à l'anesthésie rétinienne, dont le développement est concentrique, et elle altère primitivement la vision du rouge et du vert, en respectant longtemps celle du bleu, contrairement encore à la dyschromatopsie hystérique, de sorte que l'opposition est complète. »

Les cas ne sont pas toujours aussi nets, car le même auteur a démontré qu'on pouvait « exceptionnellement » rencontrer le scotome central dans l'hystérie. M. Charcot (4) a rapporté, en outre, l'histoire d'un malade, à la fois alcoolique et hystérique, chez lequel il existait con-

(1) Gilles de la Tourette, *L'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. I, p. 1, 1888.

(2) Voy. Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887-1888 : Policl. du 27 mars 1888, p. 288 et suiv.

(3) *Anesthésie rétinienne, op. cit.*

(4) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887-1888, p. 344 et suiv.

curremment un rétrécissement concentrique bilatéral hystérique, et un scotome central pour le rouge et le vert, d'origine alcoolique. Il suffit d'avoir présentes à l'esprit ces combinaisons pour éviter l'erreur.

Il est une autre affection qui, elle aussi, peut donner lieu à de la dyschromatopsie et au rétrécissement du champ visuel : nous voulons parler de l'*ataxie locomotrice*. Mais combien les phénomènes sont différents (1) ! Le champ visuel est retréci, mais non concentriquement : il est irrégulier, dentelé comme l'*atrophie grise* de la papille que l'on constate à l'ophthalmoscope et qui suffirait à lever tous les doutes. Dans l'ataxie, la dyschromatopsie est également tout autre, le rouge disparaît en premier lieu, puis le vert ; le jaune et le bleu disparaissent en dernier lieu ; enfin, comme dans toutes les atrophies de la papille, l'acuité visuelle disparaît de bonne heure, alors que persiste longtemps encore une sensation lumineuse, ce qui n'est pas le cas dans l'hystérie.

Signalons aussi les associations hystéro-tabétiques avec rétrécissement concentrique du champ visuel d'origine hystérique (2), sans préjudice même du myosis (par contracture) qu'on observe quelquefois dans l'hystérie (3). Mais, avec un peu d'habitude, on arrive facilement à établir le diagnostic.

Nous ne parlerons de la *sclérose en plaques,* dont l'amaurose est parfois transitoire, qu'à cause de son association fréquente avec l'hystérie. Une de nos malades du service de M. Charcot, âgée de vingt-deux ans, atteinte à la fois des deux affections, présentait un rétrécissement concentrique du champ visuel à 20°, le champ du rouge étant le plus étendu ; de la dyschromatopsie pour le bleu et le violet ; de la micromégalopsie avec polyopie monoculaire.

(1) Charcot, *Parallèle des troubles oculaires dans l'ataxie, la sclérose en plaques et l'hystérie : Semaine médicale,* n° 8, p. 53, 14 février 1891.

(2) Charcot, *Leçons du mardi,* t. I, 1887-1888, p. 158 et suiv.

(3) Galezowski, *Contracture hystérique de l'iris et du muscle accommodateur avec myopie consécutive : Progrès médical,* 1878, n° 3, p. 39.

Elle avait, en outre, de l'atrophie des papilles des deux cotés.

Chez un autre de nos malades, du service des hommes, il existait des *lésions syphilitiques* du fond d'un œil atteint d'*amaurose hystérique*. L'examen pratiqué par M. Parinaud (1), de même que celui de la malade précédente, portait : « œil gauche, amaurose; œil droit, rétrécissement du champ visuel à 30°; micromégalopsie; à gauche, on trouve à l'ophthalmoscope les lésions de la chroroïdite syphilitique, mais elles n'expliquent pas l'amaurose totale; fond de l'œil, normal à droite. »



Pour rester dans le domaine des affections organiques de la moelle épinière, il est une affection, la *syringomyélie,* qui, au dire de certains auteurs, pourrait donner lieu à un rétrécissement concentrique du champ visuel.

En 1890, MM. Déjerine et Tuilant (2) constatèrent, chez sept malades atteints de syringomyélie, indépendamment de toute autre affection, l'existence « d'un rétrécissement concentrique du champ visuel pour toutes les couleurs ». Chez certains malades, « le rétrécissement pour les couleurs présente, par places, des encoches très faciles à constater au périmètre... Le champ visuel du blanc est moins rétréci que celui des autres couleurs... ; le champ visuel pour le vert est, de tous, le plus rétréci. » Et ils concluent : « Les observations précédentes démontrent donc l'existence d'un rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, rétrécissement absolument indépendant d'une lésion du fond de l'œil, ainsi que le démontre l'examen ophthalmoscopique, et analogue, par conséquent, à celui que l'on ren-

(1) *Compte rendu du service ophthalmologique pour l'année* 1888, *op. cit. : Archives de neurologie,* 1889, n°s 71 et 77, p. 447 et 448.

(2) *Sur l'existence du retrécissement du champ visuel dans la syringomyélie : Médecine moderne,* n° 36, 28 août 1890, p. 685. — *Communication à la Société de biologie,* 12 juillet 1890.

contre dans l'hystérie, l'hystéro-traumatisme, la névrose traumatique. »

L'analogie, cependant, n'irait pas plus loin, suivant les auteurs eux-mêmes, que la concentricité pour le blanc, puisque le champ visuel des couleurs est irrégulier, à encoches, rétréci surtout pour le vert, tous phénomènes qui n'appartiennent pas à l'hystérie. En examinant le champ des couleurs, on songerait bien plutôt à une atrophie de papille, telle qu'on l'observe, par exemple, dans l'ataxie locomotrice, où l'on note l'irrégularité du rétrécissement et la disparition rapide du vert.

Quant à la névrose traumatique dont parlent MM. Déjerine et Tuilant, nous avons dit ce qu'on devait en penser : chaque fois qu'on y rencontre le rétrécissement du champ visuel, celui-ci est attribuable à l'hystérie. Dans ces cas, d'ailleurs, à l'inverse des précédents, le champ des couleurs est concentriquement rétréci, sans irrégularités, et la disposition des cercles se fait dans le même ordre que dans l'hystérie ; en un mot, il y a analogie complète avec cette affection.

La notion du rétrécissement syringomyélique « analogue à celui de l'hystérie », introduite par MM. Déjerine et Tuilant, suscita des recherches qui, à l'inverse de ce qu'on eût pu croire, ne furent guère favorables à l'opinion exprimée par ces auteurs.

Dans une note annexée à la page 201 de son intéressante monographie, M. Souques (1), interne de M. Charcot, s'exprimait ainsi :

« Depuis le commencement d'octobre 1890, date à laquelle nous écrivions ces lignes, nous avons eu l'occasion de voir, à la Salpêtrière, trois nouveaux cas de syringomyélie sans rétrécissement du champ visuel. D'autre part, M. Roth écrivait dernièrement à M. Georges Guinon (*Progrès médical*, 24 janvier 1891) que, chez six de ses malades, il avait examiné avec soin le champ visuel et ne l'avait pas trouvé

(1) *Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs*, 3e partie, p. 197 et suiv. Paris, 1891.

rétréci. Enfin, ces jours-ci, M. Gilles de la Tourette nous disait que, dans le cas de syringomyélie qu'il avait publié avec M. Zaguelmann (*Nouv. Icon. de la Salp.*, 1889, p. 311), le champ visuel avait été examiné et trouvé normal, et que si ce résultat n'avait pas été consigné dans l'observation, c'est parce qu'à cette époque il n'était pas encore question de rétrécissement syringomyélique. En résumé, à notre connaissance, il existe, au moins, treize cas de syringomyélie où l'examen du champ visuel a été négatif. »

Dans une leçon, publiée le 11 avril 1891, « sur un cas de syringomyélie avec panaris analgésiques (*type Morvan*) », M. Charcot (1) donnait, ainsi qu'il suit, les résultats des recherches entreprises à la *Clinique des maladies du système nerveux* sur l'existence du rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie :

« Le rétrécissement fait défaut : 1° dans six cas du service ; 2° dans le cas de Charcot-Brissaud ; 3° dans cinq cas de Roth ; 4° dans deux cas d'Hoffmann, soit quatorze cas. Le rétrécissement est signalé : 1° dans un cas de Roth ; 2° dans sept cas de Déjerine et Tuilant ; 3° dans un cas d'Oppenheim, soit neuf cas, dont il faut défalquer les deux cas de Roth et d'Oppenheim, où il y a association évidente d'hystérie et de syringomyélie. En résumé, on trouve quatorze cas de syringomyélie sans rétrécissement et neuf cas de syringomyélie avec rétrécissement, ainsi décomposés : deux cas où le rétrécissement relève manifestement de l'hystérie, sept cas de syringomyélie où la concomitance de l'hystérie n'est point mentionnée (Déjerine). Parmi ces cas, se trouve signalé le nommé Schweiz..., autrefois marchand de journaux à l'Odéon (2), ancien malade de la Salpêtrière, qui n'avait pas, à l'époque où il était à la Clinique, le champ visuel rétréci, ainsi

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° 15, 11 avril 1891. (Note de la page 173.)

(2) C'est le cas que nous avons publié. GILLES DE LA TOURETTE et ZAGUELMANN, *Un cas de syringomyélie : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. II, 1889, p. 311.

que cela est mentionné très explicitement sur les registres du service d'ophthalmologie (1). »

M. Brianceau (2) a fait de cette question le sujet de sa thèse inaugurale. Il a réuni vingt cas où le champ visuel restait indemne dans la syringomyélie, en dehors de l'hystérie, bien entendu. « Mais, dit-il (p. 40), ce que nous cherchons, ce que nous désirons, avant tout, ce n'est pas le nombre des faits, c'est leur qualité au point de vue qui nous occupe actuellement. »

Aussi M. Brianceau s'est-il livré à une critique des cas exposés par MM. Déjerine et Tuilant; mais, auparavant, il a eu soin de donner le tableau des limites minima du champ visuel normal (3) et d'entrer dans certaines considérations dont nous pouvons tirer tout profit.

Dans l'exploration du champ visuel, il faut éviter l'influence de la fatigue oculaire; mais « ce qui est peut-être moins connu, dit-il, c'est que l'œil se fatigue avec une rapidité d'autant plus considérable que le malade, parfois peu intelligent, fait de violents efforts pour fixer sans cesse le centre de l'arc périoptométrique. Aussi doit-on laisser l'œil se reposer après avoir examiné sa sensibilité à chaque couleur, et cela, d'autant plus longtemps que l'on jugera qu'il est plus fatigué. C'est ce qu'a fait Souques pour prendre le champ visuel de plusieurs malades syringomyéliques, ce qui donne à leur observation un cachet de précision très remarquable et très utile à la fois.

« Les recherches de Uschakoff et de Reichs ont montré, en outre, que l'étendue du champ visuel normal était sensiblement modifiée par l'état d'amétropie du malade observé; l'étendue du champ visuel des hypermétropes est plus considérable que celle des myopes. Aussi, chaque

(1) Voir *Progrès médical*, février 1891, article de MM. Guinon et Raichline; Charcot et Brissaud, *Progrès médical*, 24 janvier 1891; Hoffmann, *Innere Medicin*, n° 8, p. 186 et 189, 1891.

(2) Brianceau, *Contribution à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan*. Thèse de Paris, mai 1891.

(3) Voy. p. 331.

fois que l'on se trouve en face d'une amétropie forte, faut-il la signaler avec soin, ce qui, à notre connaissance, a été, jusqu'à présent, négligé.

« Il est encore autre chose dont il faut se souvenir, c'est que le myosis (Purkinje), le relâchement de l'accommodation (Liebreich) contribuent aussi à rétrécir normalement le champ visuel. La saillie du nez, la saillie des sourcils, le relief de l'orbite, agissent encore dans le même sens. Citons encore la rétraction du globe oculaire, le faible écartement des paupières (ptosis, spasme de l'orbiculaire), si souvent signalés, et nous aurons rapidement énuméré toutes les causes qui peuvent tendre à faire trouver rétréci un champ visuel normal.

« Chacune de ces causes isolées n'aura qu'une importance secondaire. Mais supposons-les réunies chez un même malade, et le fait se rencontrera parfois, surtout dans la syringomyélie (rétraction du globe, ptosis, myosis), et alors, si on ne compte point avec elles, on s'expose à de regrettables erreurs d'interprétation. »

Puis M. Brianceau passe en revue les faits de MM. Déjerine et Tuilant. Deux lui paraissent accompagnés d'un rétrécissement peu considérable (obs. II et III). « Cependant, dit-il, puisqu'ils ont été considérés comme rétrécis par des auteurs compétents, qui ont à coup sûr écarté les causes d'erreur que nous résumions plus haut, il nous faut chercher à les interpréter différemment.

« Par leur rétrécissement, par leur irrégularité, par la dissociation du vert, qui se détache en général nettement des autres couleurs, si nous devions pencher vers une hypothèse, ce serait vers celle d'une lésion de l'œil. Déjerine et Tuilant, d'ailleurs, ne penchent-ils pas vers cette idée en songeant à la possibilité d'un léger degré d'hydrocéphalie? »

Mais l'examen ophthalmoscopique a été négatif. Cependant, dans la névrite rétro-bulbaire à la période de *Staungs-papille* on n'observe rien, et, d'autre part, on sait aussi que la pupille peut présenter tous les signes de l'atrophie

la plus complète, alors que, physiologiquement, elle est absolument saine, comme le prouve le travail de Trousseau sur ce qu'il appelle les *pseudo-atrophies papillaires*. Enfin, « à côté de cette hypothèse, il en est une autre infiniment plus probable, c'est qu'il s'agit de rétrécissement hystérique du champ visuel. On sait, en effet, combien est fréquente l'association de l'hystérie et de la syringomyélie. Aussi, en suivant les malades dont nous citons les observations, pourrait-on voir quelque jour se réveiller l'hystérie.

« N'est-ce pas justement ce qui semble s'être produit pour le malade qui fait le sujet de l'observation V de Déjerine et Tuilant? En effet, quelque temps avant, Gilles de la Tourette et Zaguelmann publiaient la même observation dans la *Nouvelle Iconographie* de 1889. Or, dans le registre des yeux du service du professeur Charcot, on lit, à propos de ce malade : « Pas de rétrécissement du champ « visuel. » L'examen fut fait alors par M. Parinaud, qui nota la rétraction du globe oculaire, le myosis, le resserrement de la fente palpébrale.

« Si c'est bien réellement le même malade, et la similitude de nom et de profession tend à nous le faire croire, on peut conclure que le rétrécissement du champ visuel qui a été signalé n'est apparu que depuis peu, ce qui tend à nous faire croire que ce malade présente là un signe d'hystérie. »

M. Brianceau avait parfaitement raison en s'exprimant ainsi, car notre malade est le même que celui du service de M. Déjerine, et l'on peut lire dans notre observation les passages suivants, qui ne laissent aucun doute sur l'existence de phénomènes hystériques bien antérieurs à son entrée à la Salpêtrière, où il en paraissait indemne :

« Dans ces dernières dix à quinze années, le malade souffre, de temps en temps, d'une névralgie faciale gauche; *la douleur s'irradie parfois vers le cœur*... Le malade prétend avoir eu, pendant six mois, à l'âge de trente-trois ans, une *sensation de boule* avec constriction à la gorge, étouffe-

ment, et sensation de déchirement dans l'intérieur du crâne. Les *crises* revenaient à peu près tous les deux jours. Elles n'ont pas reparu depuis. »

Il nous semble que cela est assez explicite, pour une observation qui a été publiée à un tout autre point de vue que celui d'établir la fréquence de l'association de la syringomyélie avec l'hystérie.

Lorsque Schweiz... sortit du service de M. Charcot pour être hospitalisé définitivement à Bicêtre dans le service de M. Déjerine, il était dans un état mental tout particulier. Malgré son infirmité, il s'était récemment marié avec une blanchisseuse, qui, très rapidement, lui avait mangé ses maigres économies, et, se trouvant sans ressource, il avait été forcé de demander son admission à la Salpêtrière et de là à Bicêtre. Il n'est pas douteux que, dans ces conditions, il ait pu, à Bicêtre, dernière étape de son existence, avoir un retour des phénomènes hystériques dont il avait, plusieurs années auparavant, présenté d'indéniables manifestations. Nous ferons enfin remarquer que, des sept malades de M. Déjerine, Schweiz... est celui qui présentait le champ visuel le plut rétréci.

Le 27 juin 1891, M. le docteur Morvan(1) nous donnait le résultat de ses investigations particulières dans le syndrome qui porte, à juste titre, son nom et qui doit être assimilé à la syringomyélie, qu'il a été, par conséquent, un des premiers à décrire. Sur huit malades, cinq présentaient un rétrécissement du champ visuel. Deux au moins, à notre avis, sont douteux au point de vue de l'hystérie, puisqu'il existait une hémianesthésie survenue d'emblée dans un cas et progressivement dans l'autre.

De plus, sans même discuter l'intervention, ou mieux, l'association avec la névrose, nous devons faire remarquer, ainsi que le souligne M. Morvan lui-même, que le rétrécissement, dans *l'œil le plus atteint,* ne descendait pas au-dessous de 60 degrés. Dans ces conditions, et puisqu'il n'est

(1) MORVAN, *Rétrécissement du champ visuel dans la paréso-analgésie (maladie de Morvan)* : *Gazette hebdomadaire,* n° 26, 27 juin 1891, p. 306.

pas fait mention des phénomènes d'amétropie qui peuvent, comme nous l'avons vu, singulièrement influencer l'étendue du champ visuel, il nous sera bien permis de considérer les observations de M. Morvan comme susceptibles d'interprétations contradictoires, au point de vue du rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie.

En juillet 1891, M. Rouffinet (1) nous dit que, « désireux de se faire une opinion véritablement scientifique sur ce point de sémiologie si vivement discuté, il a examiné les malades de M. Déjerine atteints de syringomyélie ».

Chez eux, il a constaté un rétrécissement concentrique et régulier pour la lumière blanche et les couleurs, la couleur verte présentant le plus fort rétrécissement. « Or, ajoute-t-il, il y a plus d'un an d'intervalle entre l'examen rapporté par MM. Déjerine et Tuilant et ce nouvel examen que nous avons tenté; aussi croyons-nous pouvoir dire que ce rétrécissement constaté chez les syringomyélitiques que nous avons étudiés sous ce rapport, est indiscutable, et qu'en second lieu, le trouble dont il n'est que l'expression a une évolution lente et un caractère de fixité, puisqu'en plus d'un an il s'est produit si peu de modifications. »

Nous ajouterons que M. Rouffinet a parfaitement discuté la possibilité de la myopie et de l'hypermétropie, comme agents modificateurs du champ visuel. Cependant, quand il dit que, « raison de plus pour éloigner l'hystérie, le rétrécissement du champ visuel ne s'est modifié en aucune façon depuis un an », nous nous permettrons de faire remarquer que cette fixité est justement un des caractères de l'amblyopie hystérique.

M. Rouffinet a, de plus, examiné deux nouveaux malades atteints de *paréso-analgésie :* chez le premier, le champ visuel était rétréci; chez l'autre, il était normal. Nous répondrons que, dans un cas personnel récemment

(1) *Essai clinique sur les troubles oculaires dans la maladie de Friedreich et sur le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan.* Thèse de Paris, juillet 1891.

observé (1), il n'existait pas de rétrécissement, pas plus que dans le fait qui vient d'être publié par M. Souques (2) et qui, comme le nôtre, répondait au type Morvan.

Dans ces conditions, étant donné que les faits de MM. Déjerine et Tuilant semblent rester isolés, alors qu'on publie tous les jours des cas de syringomyélie où, en dehors d'une association morbide avec l'hystérie, le champ visuel reste intact, nous n'hésiterons pas à conclure, avec M. Brianceau, que :

« Dans la majorité des cas de syringomyélie, le champ visuel reste normal;

« Quand il est rétréci, il faut chercher ailleurs que dans la myélite cavitaire l'explication du phénomène;

« L'hystérie, si souvent associée à la syringomyélie, est la seule cause du rétrécissement du champ visuel (abstraction faite, bien entendu, des cas où il pourrait y avoir des lésions ophthalmoscopiques);

« Le rétrécissement du champ visuel ne saurait être un signe de syringomyélie. »

*
* *

Comme pour souligner leur opinion, MM. Déjerine et Tuilant, dans une note annexée à leur mémoire, disent que MM. Kast et Wilbrand ont observé, vingt fois sur vingt, le rétrécissement du champ visuel dans le goitre exophthalmique (3). Nous pouvons affirmer, car la maladie de Graves n'est plus de notion récente, que depuis quinze ans, il n'a pas été observé, à la Salpêtrière, un seul cas de rétrécissement du champ visuel dans cette affection, sans qu'elle fût associée à l'hystérie. Il ne faut pas oublier, non plus,

(1) Il s'agit d'un malade syringomyélique, âgé de vingt-quatre ans, à tourniolcs multiples, qui nous fut adressé par notre ami le Dr Lesguillon, de Châtellerault, et dont l'observation n'a pas été publiée.

(2) Souques, *Un cas de syringomyélie* (*type Morvan*) : *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 4, 1891, p. 255.

(3) *Congrès des neurologistes allemands du Sud-Ouest*, Baden-Baden, juin 1890.

qu'entre les mains de M. Wilbrand, le rétrécissement du champ visuel devient d'une singulière banalité, puisqu'il l'a observé, temporaire ou permanent, « dans la neurasthénie, l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, le delirium tremens, la chorée, la névrose traumatique et la mélancolie aiguë (1) ».

M. Nieden (2) (de Bochum) a également publié un cas de rétrécissement du champ visuel dans l'*agoraphobie*. Nous pensons qu'il s'agissait, dans la circonstance, autant qu'on peut en juger par la lecture de l'observation, d'un hystérique dégénéré. Il existait là, en outre, cette insuffisance de la convergence qui, comme nous le verrons, a été fréquemment observée par M. Parinaud dans l'hystérie.

Il ne faut jamais oublier que la névrose s'associe très fréquemment avec un grand nombre d'autres maladies, organiques ou non, la neurasthénie, l'ataxie locomotrice, la maladie de Friedreich, etc. (3), et que c'est à elle qu'il faut, dans ces cas, d'après ses caractères mêmes, rapporter le rétrécissement du champ visuel lorsqu'il existe.



Nous en arrivons maintenant à une maladie dont le diagnostic avec l'hystérie est de tous le plus difficile, et qui elle aussi, dans de certaines limites toutefois, peut s'accompagner de troubles sensoriels, et en particulier, de rétrécissement concentrique du champ visuel : nous avons nommé l'*épilepsie*.

L'hystérie, quoique radicalement différente de l'épi-

(1) Wilbrand, *Ueber neurasthenische Asthenopie und sogennante Anesthæsia Retinæ : Arch. für Augenheilk.*, XII, p. 163 et 173, 1883. — *Ibid.*, *Ueber typische Gesichtsfeldanomalien bei functionnellen Störungen des Nerven systems. Jahrb. der Hamburg. Staatskrankenanstalten*, 1890, I, Jahrg. Anal. *in Neurolog. Centralbl.*, 1891, n° 1, p. 23.

(2) Nieden, *Ueber Platzangst (Agoraphobie) und Gesichtsfeldbeschränkung. Deuts. Medicin. Wochens.*, n° 13, 26 mars 1891, p. 465.

(3) Gilles de la Tourette, Blocq, Huet, *Cinq cas de maladie de Friedreich : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888, n°s 2 et 3, obs., I et III.

lepsie, au point que l'ancien terme d'*hystéro-épilepsie* doit complètement disparaître de la nomenclature, car il pourrait introduire dans l'esprit une confusion qui ne doit pas exister, a cependant avec le mal comitial des ressemblances symptomatiques véritablement très particulières. Cliniquement, nous le verrons, il est des hystériques qui tombent foudroyés comme des épileptiques ; il est des *attaques* dont la symptomatologie défie tout diagnostic différentiel avec l'*accès*. Et pourtant, quelles différences dans la nature même du processus ! Dans ces mêmes aspects, le taux normal de l'urée étant 20, par exemple, l'attaque d'hystérie se jugera par une excrétion de 12 grammes, et l'accès d'épilepsie, cliniquement identique, par une excrétion de 25 à 30 grammes, sinon plus.

Le paroxysme épileptique influe beaucoup sur l'apparition des phénomènes sensitifs et sensoriels. Pendant plusieurs heures après l'accès, la *sensibilité cutanée* peut être complètement abolie ; MM. Charpentier (1), Gowers, Russel (2), Bennet, ont noté la surdité, l'anosmie, l'agustie transitoires après les accès. Lorsque ceux-ci ont été répétés, les phénomènes sensoriels peuvent persister pendant plusieurs jours (3).

C'est dans ces conditions qu'on observe également des troubles oculaires qui pourraient en imposer pour ceux de l'hystérie.

Ce sont MM. Thomsen et Oppenheim qui, en 1884, ont insisté les premiers sur le rétrécissement concentrique du champ visuel dans l'épilepsie (4). Avant eux, Smoler (5) avait attiré l'attention sur les paralysies de la sensibilité,

(1) *De quelques troubles morbides pouvant simuler l'épilepsie : Union médicale*, 1885.

(2) *Cases of suspended cerebral function occuring among the phenomena following epileptic fits : Med. Times and Gaz.*, 7 janvier 1882, 21.

(3) Voy., pour toute cette question, CH. FÉRÉ, *Les épilepsies et les épileptiques*, in-8°, 1890, chap. XIV.

(4) *Ueber Vorkommen Bedeutung der sensorischen Anæsthesie bei Erkrankungen der central Nervensystem : Archiv. für Psychiatrie*, 1884, Bd XV.

(5) SMOLER, *Zur Anæsthesie... Prager Vierteljahrschrift*, 1866, Bd III, IV.

en particulier sur celles qu'on rencontre chez les épileptiques qui présentent des troubles de l'intelligence; cette remarque a son importance.

Thomsen et Oppenheim ont trouvé des rétrécissements *transitoires* et des rétrécissements *permanents;* de plus, ils ont noté, avec les troubles psychiques, la même coïncidence que Smoler avait signalée pour l'analgésie. Sur quatre-vingt-quatorze malades, ils n'ont trouvé que quatre cas de rétrécissement transitoire, et un seul après une attaque convulsive pure. Ils pensent que cette forme d'anesthésie transitoire est surtout en relation avec les troubles psychiques, l'excitation maniaque et les crises avortées de l'épilepsie.

Cette dernière opinion seule est partagée par M. Hitier (1), qui estime également que l'influence des accès psychiques est la plus importante. Mais d'Abundo (2) a considéré que, quelle que soit la forme de l'accès, le rétrécissement est presque un phénomène constant à la suite des crises épileptiques. De plus, le rétrécissement permanent, lorsqu'il existe, ne serait qu'une succession de rétrécissements transitoires engendrés par des attaques assez rapprochées pour que le champ visuel n'ait pu revenir encore à ses dimensions normales. Cette opinion est assez analogue à celle qui avait été déjà émise par Fano et Compeyrat (3), lesquels avaient noté, en plus, que l'amaurose peut être complète dans l'intervalle des crises, lorsque celles-ci sont assez proches les unes des autres.

La question de l'existence de ce rétrécissement après les accès convulsifs purs est aujourd'hui tranchée, après les recherches de Finkelstein (4) et de Féré. Ce dernier

(1) *De l'amblyopie.* Thèse citée.

(2) D'Abundo, *Ricerche cliniche sull' disturbi dell' vista nell' epilepsia : Giornale di Neuropatologia.* Naples, 1885.

(3) Cités par Pichon, *De l'épilepsie dans ses rapports avee les fonctions visuelles.* Thèse de Paris, 1885, p. 11.

(4) *Ueber Veränderungen der Gesichtfeldes und Farberperception : Neurolog. Centralbl.,* 1885, p. 14.

s'exprime en ces termes : « Je suis porté à croire que toutes les manifestations épileptiques, avec perte de connaissance, sont suivies d'amblyopie qu'on pourrait toujours constater si on arrivait à temps. J'ai répété souvent cet examen et, sur dix-huit sujets, j'ai observé un rétrécissement très net à la suite d'attaques purement convulsives. Je l'ai toujours trouvé, quand j'ai examiné les malades, moins d'une demi-heure après le réveil. »

Ce rétrécissement s'accompagne de la diminution de l'*acuité visuelle* de deux, trois, quatre cinquièmes, suivant les sujets et suivant le temps qui s'est écoulé depuis l'accès.

On observe également des troubles de la vision des couleurs, qui ont été bien étudiés par M. Féré : « La sensibilité à la lumière et à la vision des couleurs, dit-il, est aussi affectée (après l'accès), et la diminution qu'elles présentent semble être la contre-partie de la sensibilité excessive à la lumière et aux couleurs, particulièrement pour le rouge (Hammond), que l'on observe quelquefois pendant la période prodromique de l'accès. »

S'étant servi de l'échelle optométrique de M. Parinaud : « Sur vingt-deux sujets, dit-il, j'ai observé, à la suite des attaques ou des vertiges, des défauts de la vision des couleurs. Quelquefois, c'est de l'achromatopsie, le malade voit blanc les couleurs les moins saturées; d'autres fois, c'est de la dyschromatopsie, il voit jaune, par exemple, les nuances les moins saturées du rouge et du vert; il voit bleu, ou rose, le violet. Chez un malade qui, à l'état normal, voit correctement toutes les couleurs, toutes paraissent brunes, une demi-heure après un accès. La dyschromatopsie ou l'achromatopsie post-paroxystiques peuvent porter sur toutes les couleurs, sur plusieurs ou sur une seule; c'est le rouge ou le violet qui sont le plus souvent atteints. Les sujets habituellement achromatopsiques ou dyschromatopsiques ne sont pas ceux qui ont les troubles de la vision des couleurs les plus marqués à la suite des accès; mais lorsque le trouble est plus marqué d'un côté à l'état

normal, cette prédominance s'accentue encore après l'accès. On peut, d'ailleurs, faire la même remarque pour les autres formes de troubles visuels... En général, les défauts de la perception lumineuse sont parallèles à ceux de la perception des couleurs. »

De plus, trois fois, M. Féré a observé, comme dans certains cas d'hystérie, la superposition « d'une anesthésie très nette des paupières, de la conjonctive et de la peau du pourtour de l'œil, en même temps que des troubles très complexes de la vision et du nystagmus ».

« En somme, conclut-il, *à la suite d'accès d'épilepsie,* on peut, chez un certain nombre de sujets, constater un affaiblissement de la vision sous toutes ses formes. » M. Féré n'admet donc pas le rétrécissement permanent, si ce n'est dans l'intervalle d'accès très rapprochés.

Il n'en est pas de même de MM. Oppenheim et Thomsen, qui, comme nous l'avons dit, n'ont trouvé que quatre cas de rétrécissement temporaire sur quatre-vingt-quatorze malades, et, par contre, ont trouvé le rétrécissement permanent dans un tiers des cas.

M. Pichon a également rencontré le rétrécissement permanent chez un tiers de ses malades, mais il insiste sur l'irrégularité des contours du champ visuel; en outre, chez plusieurs sujets, le champ du blanc était normal, celui des couleurs étant seul plus ou moins rétréci. « Or, dit M. Hitier, il y a, normalement, dans l'étendue du champ des couleurs, de telles différences individuelles, qu'il n'est guère possible de juger de l'affaiblissement de la sensibilité pour une certaine couleur, surtout quand le champ du blanc est normal et que les cercles qui limitent celui des couleurs sont disposés dans leur ordre physiologique. »

Étudiant donc surtout le champ visuel pour la lumière blanche, M. Hitier, désireux de vérifier les recherches de Thomsen et Oppenheim, et de M. Pichon, a examiné quatre-vingt-sept épileptiques du service de M. Charcot. Or, trois fois seulement, il a trouvé le champ visuel rétréci

à l'état permanent, « sans autre cause appréciable que l'épilepsie » . Or, comme M. Hitier n'a tenu compte — à ce qu'il paraît au moins — ni de la myopie, ni de l'hypermétropie, on peut conclure que le *rétrécissement permanent* chez les épileptiques est une quantité négligeable, surtout lorsqu'on le compare au *rétrécissement temporaire postparoxystique*.

Tel est, d'ailleurs, l'enseignement de M. Charcot, ainsi qu'il l'a exposé lui-même dans ses *Leçons du mardi* (1). Il y rapporte l'histoire d'une jeune épileptique dont nous avions nous-même recueilli l'observation, et chez laquelle, si l'évolution des phénomènes n'avait pas été très sévèrement suivie, on eût pu croire à un rétrécissement permanent.

« Dans la grande majorité des cas, dit M. Charcot, le rétrécissement, dans l'épilepsie, suit les attaques; mais il peut arriver, comme l'a montré M. Heinemann (2) par une observation, que, par exception, le rétrécissement en question précède l'accès à titre d'aura et cesse après lui. Chez notre jeune malade, les choses rentrent dans le cadre vulgaire, et c'est à la suite de l'accès que le rétrécissement se montre le plus prononcé. Les jours suivants, le cercle *s'élargit progressivement;* mais le retour à l'état normal se fait attendre plus de quatre ou cinq jours. Si bien que, lorsque les attaques se reproduisent à de courtes distances, tous les six ou huit jours, par exemple, on pourrait dire que, chez la malade, le rétrécissement est un phénomène en quelque sorte permanent. »

La voici, l'explication du soi-disant rétrécissement permanent du champ visuel dans l'épilepsie. En veut-on une autre pour ceux qui mettent encore à part de l'hystérie l'hystéro-épilepsie, l'hystéro-traumatisme, la névrose traumatique, ces deux dernières n'étant, le plus souvent, que l'association de l'hystérie avec la neurasthénie, chez les individus du sexe masculin?

(1) *Leçons du mardi*, 1889, p. 117 et suiv.
(2) *Virchow's Archiv.*, Bd CII, Heft 3, 1886.

« Un neuropathologiste fort distingué de Berlin, M. Oppenheim, dit encore notre maître (1), a émis l'opinion qu'on ne pouvait pas se servir du rétrécissement du champ visuel pour distinguer l'hystérie de l'épilepsie, parce qu'il se rencontrait chez les épileptiques. Oui, sans doute, le rétrécissement du champ visuel se retrouve dans l'épilepsie, et, nous le savons bien, comme phénomène transitoire après l'attaque. Il peut même se rencontrer à l'état permanent dans l'épilepsie. Sur 74 épileptiques que nous avons examinés l'année dernière (1888) à ce point de vue, avec M. Parinaud, nous en avons trouvé 11 qui le présentaient. Mais, en même temps, nous avons trouvé chez ceux-là des points hystérogènes, des attaques d'hystéro-épilepsie ou des équivalents de ces attaques; par conséquent, il s'agissait là d'une combinaison des deux névroses, et non d'autre chose. Lorsque vous constatez, comme nous l'avons fait plusieurs fois, une hémianesthésie et des stigmates chez un individu atteint de sclérose en plaques ou chez un myopathique, direz-vous que c'est la sclérose en plaques ou la myopathie progressive qui en sont la cause? Mais non; l'hystérie, sachez-le bien, peut se combiner, s'associer avec une foule d'autres affections, et en particulier avec l'épilepsie (2). »



Non seulement les membranes de l'œil peuvent être anesthésiques ou hyperesthésiques, mais encore elles sont parfois le siège de *zones hystérogènes*.

Ces zones sont spasmogènes ou frénatrices, ces dernières étant connues depuis longtemps, de par l'expérimentation clinique. On sait, en effet, que c'est un des procédés communément employés pour arrêter les attaques que de comprimer les globes oculaires.

La notion des zones spasmogènes, pour être moins cou-

(1) *Leçons du mardi*, 1889, p. 423.
(2) Voy. encore E. Moravcsik, *Das hysterische Gesichtfeld im wachen und hypnotischen Zustande :* Art. orig. *in Neurolog. Centralbl.*, 15 avril 1890.

rante, n'en est pas moins réelle. Nous avons observé, à la Salpêtrière, deux malades chez lesquels la fixation du regard ou la pression des globes oculaires déterminait des attaques convulsives. Nous avons rapporté ailleurs (1) de nombreux exemples dans lesquels les manœuvres hypnotiques — qui s'adressent directement aux yeux, le plus souvent — avaient produit des attaques d'hystérie au lieu de l'hypnotisme qu'on comptait obtenir. Il n'est pas douteux que, dans ces cas, on avait mis en action des zones hystérogènes. Celles-ci siègent-elles sur la cornée, la conjonctive, ou dans les autres parties constituantes de l'organe de la vision? Cela est difficile à dire.

Lichtwitz cite un cas où « la conjonctive, la cornée et le conduit lacrymal inférieur étaient occupés par des zones hypnogène, léthargogène et spasmogène ». L'état local de ces membranes, anesthésie ou hyperesthésie, peut être variable; nous savons, d'ailleurs, qu'en matière d'hystérie ces troubles de sensibilité, en apparence différents, ont la même signification nosologique.

Dans le cas de Lichtwitz, lequel est fort intéressant, car il nous montre les rapports intimes qui unissent l'hystérie et l'hypnotisme, la conjonctive palpébrale supérieure de l'œil gauche était insensible; la conjonctive de la paupière inférieure et la sclérotique, faiblement sensibles, donnaient des réflexes peu vifs ; la cornée était très sensible.

Or, « la conjonctive et la cornée, les conduits lacrymaux inférieurs et les sacs lacrymaux sont le siège de zones hystérogènes... l'introduction d'une sonde dans les conduits lacrymaux inférieurs provoque, à droite, un état cataleptoïde; à gauche, un état léthargique. Si l'on essaye de franchir le sac lacrymal et d'entrer dans le canal nasal, on voit aussitôt éclater une crise convulsive qui vient se gref-

n° 8. — J.-K. Mitchell et G.-E. de Schweinitz, *Hysterical anæsthesia with a study of the fields of vision : Amer. Journ. of. med. sciences*, nov. 1889.

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. In-8°, Plon et Cie, 2e éd., 1890.

fer, à droite, sur l'état cataleptoïde; à gauche, sur l'état léthargique.

« Le chlorhydrate de cocaïne, instillé dans les yeux, rend insensibles les zones conjonctivale et cornéenne, mais il ne modifie pas les zones des conduits lacrymaux inférieurs (1). »

Ceci nous explique surabondamment la pathogénie de certains accidents convulsifs survenus pendant des opérations pratiquées sur l'appareil de la vision (2).

Dans le même cas de Lichtwitz, la pression légère de la paupière inférieure contre le bulbe déterminait l'état cataleptoïde ou léthargique. « Si on continue à irriter la conjonctive, ou la cornée droite, ou gauche, en pressant un peu plus fort, on provoque une crise convulsive. » Nous pourrions multiplier les citations de ces faits dans lesquels on note, la plupart du temps, un mélange presque inextricable de phénomènes hystériques et hypnotiques.

Mais il en est d'autres plus intéressants peut-être encore, et dont la pathogénie n'a été élucidée que dans ces dernières années, nous voulons parler du *syndrome migraine ophthalmique* dans ses rapports avec l'hystérie. Là encore il paraît démontré que c'est la mise en action d'une zone hystérogène siégeant soit directement au niveau de l'œil, soit dans un autre point du corps, mais en correspondance directe avec l'organe de la vision, qui donne lieu à ces phénomènes.

La connaissance précise des rapports qui unissent la migraine ophthalmique avec l'hystérie date de 1888, époque à laquelle M. Charcot présenta à ses *Leçons du mardi* (3) un malade qui fait le sujet de l'observation I de l'intéressant mémoire de M. Babinski, lequel fixa définitivement la valeur et l'interprétation de ce syndrome.

(1) Lichtwitz, *Thèse citée*, p. 124.

(2) Dum, *Convulsions hystériques à la suite de l'ablation d'un œil : Arch. of ophth.*, XX, 1, 1891.

(3) Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887-1888. *Polyclinique du* 10 *janvier* 1888, p. 10.

Avant MM. Charcot et Babinski (1), il n'est pas douteux que d'autres auteurs avaient signalé la coïncidence de la migraine ophthalmique et de l'hystérie; mais toute interprétation faisait défaut, et aucun d'eux ne démontrait qu'il pouvait y avoir un lien étroit entre ces deux états, en un mot, que la migraine ophthalmique pouvait être une manifestation de la névrose.

M. Fink, dans sa thèse récente (2), a réuni les observations non interprétées, antérieures aux travaux de MM. Charcot et Babinski, et qui appartiennent plus particulièrement à Galezowski (3), Féré (4), Raullet (5) et Robiolis (6), auxquelles il en a ajouté deux nouvelles, inédites, recueillies dans le service de M. Charcot et dans celui de notre maître M. le D[r] F. Raymond.

On sait en quoi consiste le syndrome. Quelques instants avant la douleur de tête apparaît, dans le champ visuel, du côté où la migraine siégera, un *scotome scintillant* qui revêt des formes très variées. Ce trouble visuel dure de quelques minutes à une demi-heure ou une heure; puis se montre la douleur; le globe de l'œil semble être poussé au dehors ou, au contraire, violemment enfoncé. La douleur peut gagner la moitié correspondante de la tête et irradier jusqu'au cou. Parfois la céphalalgie précède les phénomènes oculaires; l'accès se termine généralement par des vomissements.

L'accès peut être *fruste* et consister simplement dans la présence du scotome avec quelques phénomènes douloureux.

(1) Babinski, *De la migraine ophthalmique hystérique : Archives de neurologie*, vol. XX, nov. 1890, n° 60, p. 305 et suiv.

(2) Fink, *Des rapports de la migraine ophthalmique avec l'hystérie*. Thèse de Paris, juillet 1891.

(3) Galezowski, *De la migraine ophthalmique : Archives de médecine*, 1878.

(4) Ch. Féré, *Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique, Revue de médecine*, 1881.

(5) Raullet, *De la migraine ophthalmique*. Thèse de Paris, 1883.

(6) Robiolis, *Contribution à l'étude de la migraine dite ophthalmique*. Thèse de Montpellier, 1884, n° 4.

Au contraire, la migraine ophthalmique peut être *associée*, — comme le dit M. Charcot, — avec des troubles qui rappellent l'épilepsie sensitive : engourdissement du bras, de la face, crises épileptiformes. De plus, on note, dans ces cas, une véritable *aphasie transitoire*, surtout lorsque l'engourdissement ou la parésie siègent du côté droit.

Notons que ce syndrome de *migraine ophthalmique accompagnée* est loin de comporter uu pronostic toujours bénin; il peut, par exemple, marquer le début de la paralysie générale (1). On comprend donc combien, en pareil cas, un diagnostic sévère est de rigueur.

Eh bien, il est certain que tous ces phénomènes, l'hystérie peut les simuler, ou mieux se les assimiler au point de rendre le diagnostic très hésitant.

Nous ne reviendrons pas sur la description générale de la migraine, parce qu'il est entendu que les symptômes en sont sensiblement les mêmes dans l'hystérie; nous nous contenterons d'insister sur les particularités qui appartiennent à la névrose.

La migraine ophthalmique survient, ainsi que l'a bien établi M. Babinski, sous forme d'un paroxysme aigu, agissant pour son propre compte, ou sous forme de l'aura d'une attaque convulsive. Nous avons déjà signalé cette manière d'être pour les attaques de névralgie faciale. Outre les prodromes ordinaires de tous les paroxysmes quels qu'ils soient : battements dans les tempes, sensation de boule, etc., on note presque toujours l'existence d'une zone hystérogène dont la mise en action va directement faire naître le paroxysme. Cette zone peut siéger dans l'œil lui-même; la douleur débutera directement au niveau du globe oculaire, ou encore la zone se trouve au vertex, où elle donne lieu aux phénomènes du clou hystérique.

« Pendant un quart d'heure, dit M. Babinski (p. 319), le malade ressent une douleur siégeant au niveau du vertex, qui semble se propager ensuite, par l'intermédiaire

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 3e leçon, *op. cit.*

de fils, jusqu'au-dessus du rebord orbitaire gauche et devient très vive ; en même temps, il éprouve une sensation de tremblement de l'aile gauche du nez. Puis survient une vision lumineuse. » Dans un autre cas, il existait, au niveau de la sixième vertèbre dorsale, une zone hystérogène dont la pression faisait apparaître immédiatement le scotome. Enfin, dans l'observation III du même auteur, la pression d'une zone ovarienne gauche produisait le scotome, comme, en d'autres circonstances, elle eût pu déterminer une attaque convulsive.

Le même malade peut présenter des attaques convulsives et des attaques de migraine ophthalmique séparées, le cas est plus rare; chacune de ces attaques procède alors par périodes distinctes.

Comment reconnaître si la migraine ophthalmique est d'origine hystérique? Lorsqu'elle constitue l'*aura* d'une attaque convulsive, le diagnostic s'impose. Lorsque l'aura de la migraine ophthalmique, paroxysme spécialisé, part d'une zone hystérogène dûment constatée et dont la pression suffit pour déterminer l'accès, la difficulté n'est encore pas grande.

Mais si la migraine ophthalmique survient chez un sujet porteur de stigmates douteux, ayant déjà eu des migraines légitimes (1), comme manifestation première de l'hystérie, comment arrivera-t-on au diagnostic, et par là au pronostic, qui, dans l'hypothèse hystérique, sera bénin, alors que dans toute autre il pourra être fort grave, la migraine ophthalmique la plus simple étant toujours, au moins, une affection aussi tenace que douloureuse?

Nous croyons que, dans ces cas, l'examen des urines peut seul trancher la question : la migraine ophthalmique appartient, ainsi que la pseudo-méningite hystérique, aux paroxysmes douloureux. Dans ceux-ci, comme nous l'avons dit, l'analyse permet de porter un diagnostic précis là où la clinique semble échouer complètement.

(1) FINK, Thèse citée, p. 26.

Il est un phénomène fréquemment observé dans la migraine ophthalmique ordinaire que nous avons volontairement négligé : nous voulons parler de l'*hémiopie,* qui succède au scotome scintillant, atteint les deux yeux, est en général homonyme et latérale, ne s'étend pas jusqu'au point de fixation et occupe, dans quelques cas, les moitiés supérieure ou inférieure du champ visuel (1).

Cette hémiopie existe-t-elle dans la migraine ophthalmique hystérique, et, en généralisant plus encore, l'a-t-on jamais observée dans l'hystérie, indépendamment de la manifestation migraineuse?

La question ainsi posée ne date pas d'hier et est — ou mieux était autrefois — une des plus controversées dans l'hystérie. Elle a été fort bien traitée, en 1882, dans la thèse de M. Féré (2) pour la partie indépendante de la notion d'une migraine ophthalmique hystérique que l'on ne possédait pas à cette époque.

M. Féré rappelle que, chez les hystériques hémianesthésiques, M. Charcot a toujours soutenu que les troubles de la vision consistaient en une achromatopsie et un rétrécissement concentrique du champ visuel sans hémiopie.

« Cette opinion, dit-il, a été longtemps acceptée sans conteste. Mais M. Bellouard, dans sa thèse (3), s'efforce de démontrer qu'on a observé l'hémianopsie dans l'hémianesthésie hystérique. Reprenons ses arguments :

« 1° Chez quelques hystériques, dit Briquet (4), l'amaurose n'intéresse qu'une partie de la rétine, et le plus ordinairement l'une des moitiés latérales, soit l'interne, soit l'externe; et alors les malades ne voient que les objets qui peignent leurs images sur son côté sain, tout un côté des corps qui se trouve dans le champ de la vision étant inaperçu. »

(1) Voy. Sarda, *Des migraines.* Thèse d'agr., Paris, 1886, p. 37.

(2) Féré, *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.* Thèse de Paris, 1882, p. 61 et suiv.

(3) Bellouard, *De l'hémianopsie, précédée d'une étude d'anatomie sur l'origine et l'entre-croisement des nerfs optiques.* Thèse de Paris, 1880.

(4) Briquet, *op. cit.,* p. 294.

« Cette observation, qui paraît fort nette au premier abord, manque absolument de valeur, parce qu'on ne dit pas quel a été le mode d'examen. Si nous examinons les deux yeux ouverts d'une hystérique atteinte de rétrécissement concentrique d'un seul champ visuel, en la faisant regarder alternativement d'un côté et de l'autre, nous en obtenons à peu près les mêmes réponses que d'un hémianopsique examiné dans les mêmes conditions.

« 2° M. Galezowski s'est occupé de cette question, et l'on peut voir, soit dans ce qu'il a écrit lui-même, soit dans ce qu'il a fait écrire par ses élèves, que l'hémianopsie se rencontre assez fréquemment dans l'hystérie. Svynos (1) dit que l'hémiopie est plus fréquente à gauche, etc.

« Nous ne pouvons résister au désir de découper dans la thèse de Svynos une des observations les plus probantes de M. Galezowski en faveur de l'hémianopsie des hystériques... »

La critique à laquelle se livre alors M. Féré démontre péremptoirement qu'il s'agissait là de rétrécissement concentrique du champ visuel. Puis il ajoute : « M. Rosenthal a parlé plusieurs fois d'hémianopsie dans l'hémianesthésie des hystériques. Mais on sera édifié sur cette hémianopsie quand on aura lu la lettre suivante, que M. Rosenthal nous autorise à publier, et qui était adressée à M. Charcot...

« ...En somme, il n'est nullement prouvé, jusqu'à présent, qu'on puisse trouver chez les hystériques autre chose qu'une amblyopie avec rétrécissement du champ visuel... Nous ne voudrions pas affirmer que l'hémianopsie ne peut pas se rencontrer chez une hystérique, car nous savons que les troubles sensitifs peuvent se trouver très localisés, ou du moins très prédominants chez les hystériques. Mais il ne paraît pas que le fait ait été dûment observé jusqu'ici. Nous avons fait l'examen campimétrique de toutes les hystériques hémianesthésiques qui se sont présentées à la consultation de M. Charcot, à la Salpêtrière, pendant l'an-

(1) Svynos, Thèse citée.

née 1881, et nous n'avons jamais trouvé que le rétrécissement concentrique du champ visuel. »

Depuis dix ans, depuis l'époque où écrivait M. Féré, les nombreux examens pratiqués à la Salpêtrière n'ont fait que confirmer ces conclusions. Toutefois, il est telles malades atteintes de migraine ophthalmique due à la névrose, chez lesquelles ce phénomène paraît exister *cliniquement,* sinon *physiquement,* mais toujours à l'état transitoire et non permanent, comme le rétrécissement concentrique, par exemple.

M. Fink, dans sa thèse, a publié onze observations, dont deux personnelles recueillies, avons-nous dit, dans les services de M. Charcot et de M. Raymond. M. Babinski en a rapporté quatre, dont deux sont relatées par M. Fink. En somme, il existerait, actuellement, treize observations publiées que l'on doit rapporter à la migraine ophthalmique hystérique. Dans quatre de ces observations, l'hémiopie est notée.

Dans l'observation I de Fink (personnelle), on lit : « Examen de l'œil pratiqué par M. le docteur Kœnig. *Hémiopie transitoire à la suite des attaques.* Rétrécissement du champ visuel à cinquante-cinq degrés de chaque côté, amblyopie à forme transitoire, etc... »

Dans l'observation VI de Fink, qui appartient à M. Féré, il est dit : « M. le docteur Meyer constate une hémiopie *à forme spéciale,* en ce sens que la vision normale dépasse un peu le centre et que le champ visuel est généralement rétréci, mais surtout du côté gauche. »

Dans l'observation XI (Baron), on note : « Les objets et les personnes peuvent être vus à moitié, et la moitié qui a disparu correspond à l'œil gauche. » Deux jours après une attaque, l'examen des yeux, pratiqué par M. Galezowski, donnait : « amblyopie avec dyschromatopsie très accentuée à gauche. Le champ visuel de cet œil est rétréci concentriquement, et l'anesthésie périphérique atteint en bas et en dehors le point central de la vision. »

Enfin, M. Babinski dit dans son observation IV : « La

céphalalgie disparut, et la malade recouvra la vision, mais d'une façon imparfaite : en effet, elle ne voyait plus que la moitié droite des objets qu'elle fixait... »

Cet auteur ayant pu provoquer par suggestion, chez sa malade hypnotisable, une attaque de migraine ophthalmique, M. Parinaud fit, séance tenante, l'examen des yeux « au moment où la malade ne voyait que la moitié des objets. Le champ visuel, d'après cet examen, est à ce moment encore plus rétréci qu'à l'état normal. Mais on ne constate pas les caractères objectifs de l'hémiopie permanente. » Il s'agit, nous le répétons, d'un cas non pas spontané, mais provoqué par suggestion.

Quoi qu'il en soit, dans treize observations de migraine ophthalmique d'origine hystérique, quatre fois, cliniquement, l'hémiopie *temporaire* est notée.

Dans trois cas, l'œil examiné après l'attaque ne présente plus qu'un rétrécissement concentrique du champ visuel; dans un quatrième cas (Babinski-Parinaud), l'œil étant examiné au moment même où la malade ne voyait que la moitié des objets, « *on ne constate pas les caractères objectifs de l'hémiopie permanente* », mais bien la seule accentuation d'un rétrécissement concentrique existant normalement.

Que conclure de tout cela? C'est que l'hémiopie peut accompagner le syndrome migraine ophthalmique d'origine hystérique. Dans ces cas, elle est toujours *transitoire*, comme le syndrome lui-même. De plus, elle paraît alors être due à l'exagération temporaire du rétrécissement concentrique du champ visuel, sans qu'il soit possible de préciser, étant donnée la rareté des cas observés (1).

Cette opinion sur la rareté de l'hémiopie est aussi partagée par M. Pitres : « Le scotome central et l'hémiopie, dit-il, sont extrêmement rares chez les hystériques. Le rétrécissement concentrique du champ visuel est, au con-

(1) Voy. GRECO, de Pise, *De l'hémianopsie hystérique. Morgagni*, n° 8, 1891. Anal. in *Union médicale*, 16 mai 1891.

traire, un des troubles sensoriels les plus fréquemment observés. »

C'est, en résumé, ce rétrécissement concentrique pour la lumière blanche et les couleurs qui constitue, avec certains troubles secondaires de l'accommodation , l'amblyopie hystérique avec toutes ses variétés.

CHAPITRE NEUVIÈME

AFFECTIONS HYSTÉRIQUES DES MUSCLES OCULAIRES.

Le Mémoire de M. Borel, 1886-1887.
Note de M. Parinaud sur la contracture du muscle ciliaire dans les troubles de l'accommodation chez les hystériques.
CONTRACTURES DES MUSCLES EXTRINSÈQUES DE L'OEIL. — Contracture de l'orbiculaire ou *blépharospasme*. — Fréquence. — Causes spontanées ; traumatisme. — Affections oculaires antérieures. — *Zones spasmogènes.* — *Aspects cliniques.* — B. *clonique* et *bilatéral*, phénomène de l'attaque. — B. *tonique;* forme non douloureuse ; forme douloureuse. — Description. — *Ptosis pseudo-paralytique* de Parinaud. — Charcot : signe du sourcil. — Gilles de la Tourette : superposition des troubles de la sensibilité et du spasme ; reproduction chez les hypnotiques. — Le B. s'accompagne d'amblyopie ou de contracture des autres muscles oculaires. — Difficultés et importance du diagnostic. — *Durée* du B. — Modes de disparition. — Ne pas intervenir chirurgicalement.
Considérations générales sur le diagnostic différentiel entre la paralysie et la contracture des muscles de l'œil. — Procédés de diagnostic : Détermination du *champ de fixation.* — Méthode de Donders : *inclinaison des images accidentelles.* — *Sommeil chloroformique.* — Recherches de Parinaud sur les *spasmes associés* aux paralysies.
Strabisme hystérique spastique. — Associations des spasmes. — Déviation spastique conjuguée de la tête et des yeux.
PARALYSIES DES MUSCLES OCULAIRES. — Orbiculaire. — Moteur oculaire commun. — Discussion des faits. — Mydriase spastique et consécutive à la contracture.
Insuffisance de la convergence dans l'hystérie. — Kopiopie.
Paralysie du moteur oculaire externe. — Observations. — Discussion.
Ophthalmoplégie externe dans l'hystérie. — *Le mémoire de M. Ballet.* — Observations de Bristowe, de Raymond. — Opinion de Parinaud : la paralysie n'existe que pour les *mouvements intentionnels.*
Conclusion générale.

L'histoire des « affections hystériques des muscles oculaires », — pour emprunter à M. Borel le titre de son excellent mémoire (1), — que nous allons entreprendre

(1) Sous ce titre : *Affections hystériques des muscles oculaires,* M. Borel a publié une série de recherches des plus intéressantes faites soit chez M. le

maintenant d'exposer, est certainement le chapitre le plus difficile qu'il y ait à traiter dans la névrose, car à chaque instant se soulèveront une foule de questions, dont le diagnostic différentiel entre la paralysie et la contracture n'est certes pas la moindre.

Ces phénomènes, pris dans leur ensemble, présentent certains caractères généraux. C'est ainsi que, dans la très grande majorité des cas, ils accompagnent l'amblyopie que nous avons décrite, et dont ils ne sont, en somme, que les satellites, et souvent pour un temps relativement court, si l'on envisage l'état presque permanent de l'anesthésie rétinienne chez les hystériques. Parfois cependant, — l'un d'entre eux en particulier, le blépharospasme, — ils se montrent à l'état isolé, seuls révélateurs d'une hystérie fruste dont les enfants présentent, au point de vue de cette localisation oculaire, les plus fréquents exemples.

Mais ce sont là des exceptions; le plus souvent, la détermination sur l'appareil de la vision se fait en pleine hystérie, et souvent encore les difficultés de diagnostic sont, comme nous le verrons, pour ainsi dire insurmontables. C'est, du reste, là une question en pleine évolution, qui n'a pas de passé historique, si ce n'est les travaux entrepris à la Salpêtrière ou à la clinique de M. Landolt.



Avant d'étudier les paralysies et les contractures des muscles *extrinsèques* et *intrinsèques* du globe oculaire, nous devons, — procédant suivant le plan que nous nous sommes tracé, — dire quelques mots des phénomènes que les

docteur Landolt, dont il était le chef de clinique, soit à la Salpêtrière pendant les années 1887 et 1888. Nous ferons de nombreux emprunts à M. Borel, avec lequel nous avons eu l'occasion d'expérimenter à plusieurs reprises à la Salpêtrière pour élucider la pathogénie de certaines des manifestations qu'il a fort bien décrites. Voy. *Archives d'ophth.*, n° 6, 1886, n°s 2, 4, 1887, et *Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduction par la suggestion hypnotique : Ann. d'ocul.*, nov.-déc. 1887.

troubles de la sensibilité peuvent occasionner du côté de l'appareil moteur du globe de l'œil.

Non seulement, en effet, les membranes oculaires sont frappées d'insensibilité, mais encore l'anesthésie semble parfois porter sur l'appareil moteur lui-même, de façon à produire une perte du *sens musculaire* des muscles de l'orbite.

Dans cet ordre d'idées, M. Lebreton (1) dit que les hystériques peuvent exagérer ou méconnaître les mouvements et l'immobilité des objets.

Szokalski (2) est plus explicite. Suivant lui, « le sens de contraction des muscles oculaires est déprimé tellement, que ces cas offrent le meilleur moyen de voir combien la motilité de l'œil influence l'acuité visuelle. Si l'anesthésie des muscles oculaires reste libre de toute complication avec l'anesthésie rétinienne, la faculté de voir est troublée par la perte du sens musculaire des muscles du globe, ou perte du sens de position des objets vus.

« Le malade semble perdre la connaissance de la hauteur, de la profondeur, de ce qui est vertical et de ce qui est horizontal. Il peut méconnaître le mouvement ou l'exagérer. Dans l'anesthésie des muscles visuels, les mouvements mimiques de la physionomie souffrent beaucoup... »

Pour élucider cette question de la *perte du sens musculaire des muscles de l'œil,* M. Borel a entrepris de nouvelles expériences à la Salpêtrière. Il donne d'abord, avec beaucoup de justesse, les raisons pour lesquelles cette recherche n'a pas été plus souvent pratiquée.

« La perte du sens de position des membres, dit-il, qui entrave les mouvements volontaires, ne trouve sa correction que dans le sens de la vue qui permet de les diriger; pour l'examen de cette paralysie sensorielle, on est donc obligé de fermer les yeux du patient; de là l'idée

(1) Lebreton, *Des différentes variétés de la paralysie hystérique.* Thèse de Paris, 1868.

(2) Szokalski, *Hysteriche Anæsthesie : Prag. Vierteljahrs.*, 1851, p. 72, *op. cit.*

de contrôler cette notion pour la position de l'œil lui-même n'est pas venue à l'esprit des observateurs; les rapports des objets environnants indiquent, en outre, de quel côté les yeux sont dirigés; le champ visuel renseigne incessamment le malade, qui n'éprouve ainsi aucune hésitation à se servir de ses organes; un des côtés étant seul atteint, le plus ordinairement, il faut une vraie mise en œuvre pour déceler ce fait que le sujet n'a pas la notion de position de ses yeux. Tout objet placé en dehors de l'axe visuel, toute image vue indirectement et située sur une portion excentrique de la rétine indique déjà sa position au sujet sans que, pour cela, le sens musculaire soit en activité; c'est une source d'erreur à éviter. »

M. Borel choisit alors deux hystériques du service de M. Charcot : un homme et une femme, anesthésiques en totalité, avec perte absolue du sens musculaire des quatre membres. En tenant l'un de ses yeux fermés, on fait regarder le premier (qui tombe comme une masse aussitôt qu'on lui clôt les paupières) dans un tube qui ne lui laisse voir aucun objet qui lui soit familier et puisse le renseigner. La main couvre, à quelque distance, l'extrémité du tube. « On essaye de faire suivre à l'œil les mouvements dans l'axe du tuyau, et, lorsqu'on a contrôlé la position actuelle de l'œil, on interroge le malade. Celui-ci, dit M. Borel, nous a toujours répondu faux, quand il n'indiquait pas qu'il n'avait aucune idée de la direction de ses yeux; il ne sait absolument pas s'il regarde en bas ou en haut, à droite ou à gauche; il suffit que le tuyau soit bien adapté au globe, qu'aucun objet connu ne soit vu et ne renseigne le sujet, pour le dérouter complètement. »

Le même examen donna un résultat identique chez le second sujet; de plus, chez cette femme, on produisit par suggestion une déviation des yeux à droite. Au réveil, la déviation persistant toujours, il ne fut pas possible à la malade de dire de quel côté ses yeux étaient tournés.

« La perte du sens musculaire peut donc, malgré les apparences, être aussi complète pour les muscles des yeux

que pour ceux des membres. » M. Borel fait pressentir qu'elle doit, lorsqu'elle existe, influencer singulièrement les fonctions du muscle ciliaire.

*
* *

Cette dernière remarque nous amène directement à compléter ce que nous avons déjà dit de la polyopie monoculaire et de la micromégalopsie, phénomènes qui paraissent sous la dépendance d'une contracture du muscle de l'accommodation, véritable muscle intrinsèque de l'œil, car le constricteur de la pupille appartient, pour ainsi dire, à la musculature externe, avec laquelle il partage son innervation. Nous le retrouverons en traitant des localisations hystériques sur le moteur oculaire commun. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la note *inédite* (1) suivante de M. Parinaud, dans laquelle cette question est magistralement traitée.

« Le muscle de Brücke, dit M. Parinaud, est le plus fréquemment intéressé dans l'hystérie. Sa contracture accompagne presque toujours celle des muscles du globe et de l'orbiculaire, mais elle existe aussi isolément. Elle passe souvent inaperçue, parce que le trouble visuel qui en résulte est habituellement dissimulé par l'amblyopie, avec laquelle il se confond. Les cas où l'amblyopie est peu prononcée sont les plus favorables pour l'étude de ce symptôme.

« La contracture de l'accommodation produit sur la vision des effets analogues à ceux de la myopie, c'est-à-dire que le *punctum remotum* ou le point le plus éloigné pour lequel l'œil peut s'adapter, au lieu d'être à l'infini, est plus ou moins rapproché. Mais la contracture hystérique présente avec la myopie cette différence que, le muscle étant immo-

(1) Cette note nous a été gracieusement communiquée par M. Paul Richer, auquel M. Parinaud l'avait remise pour son mémoire inédit, *Paralysies et contractures hystériques*, prix Civrieux, 1883. Nous croyons savoir que ce mémoire sera bientôt publié.

bile en état de contracture, l'amplitude d'accommodation est nulle, c'est-à-dire que le *punctum remotum* et le *punctum proximum* se confondent, et que l'œil est adapté pour une seule distance. Par ce caractère, la contracture hystérique de l'accommodation diffère également de celle que l'on observe dans certains vices de réfraction, et en particulier dans l'hypermétropie, où l'amplitude d'accommodation n'est pas complètement abolie.

« La contracture est souvent excessive, et le point où la vision est le plus distincte est très rapproché de l'œil. La distance de ce point diffère d'ailleurs pour un même degré de contracture, dans la myopie, où il sera plus rapproché, et dans l'hypermétropie, où il sera plus éloigné de l'œil. L'âge exerce également une influence. Si la contracture est invétérée et qu'il y ait de l'hypermétropie, il arrive que, l'œil étant adapté pour une distance assez longue, les verres convexes améliorent la vision pour les petites distances, pour la lecture en particulier. Dans les cas de ce genre, on pourrait croire à une paralysie de l'accommodation qui, comme les autres paralysies, est très rare dans l'hystérie. Je suis porté à croire que Steffan, qui le premier paraît avoir observé les troubles de l'accommodation dans l'anesthésie rétinienne, est tombé dans cette erreur. Sur seize cas d'anesthésie de la rétine avec rétrécissement du champ visuel, dont plusieurs chez de jeunes garçons, 5 fois l'accommodation était en état de paralysie et 5 fois en état de spasme (1).

« Cette immobilisation du muscle accommodateur, qui est assez spéciale à l'hystérie, réalise, lorsque la contracture est très prononcée, les conditions les plus favorables pour la production de la diplopie monoculaire.

« Je crois avoir démontré (2) que cette diplopie, rapportée par la plupart des auteurs, et récemment encore par plu-

(1) STEFFAN, *De l'anesthésie de la rétine avec rétrécissement concentrique du champ visuel : Soc. ophthalm. de Heidelberg*, 1873.

(2) PARINAUD, *De la polyopie monoculaire dans l'hystérie et les affections du système nerveux : Ann. d'oculistique*, 1878.

sieurs ophthalmologistes anglais (1), à une aberration sensorielle de cause exclusivement nerveuse, a son siège dans l'œil même, et est produite par un trouble de la réfraction.

« En voici les raisons : la diplopie monoculaire dans l'hystérie est toujours liée au spasme de l'accommodation. Elle n'existe qu'en deçà ou au delà de la distance pour laquelle l'œil est accommodé. Au lieu de deux images, il y en a quelquefois trois, ce qui n'est pas compatible avec certaines théories émises à ce sujet. On peut faire disparaître la diplopie avec un verre sphérique approprié. Si l'on avance lentement un petit écran au-devant de la pupille, les images disparaissent successivement. Une myopie de structure exagère l'écartement des images.

« Il est facile de se rendre compte de toutes ces particularités par l'explication que j'ai donnée du phénomène, qui est la suivante. Le cristallin n'est pas une lentille complètement homogène. La segmentation de sa substance en rapport avec les modifications de courbure qu'il subit dans l'accommodation le rend comparable à une lentille qui aurait été divisée en plusieurs segments réunis ensuite sans être fusionnés, de telle sorte que les images de chaque segment se confondent au foyer commun, en restant distinctes au delà et en deçà de ce foyer. Le fonctionnement normal de l'accommodation, en reportant toujours le foyer sur la rétine, dissimule ce défaut de structure, mais il devient manifeste dans certains troubles de l'accommodation. Ainsi, l'atropine produit, pour certaines distances, la polyopie monoculaire. Elle immobilise le muscle et elle accuse, surtout chez les jeunes sujets, l'état segmentaire du cristallin en exagérant sa courbure.

« La contracture du muscle accommodateur et la polyopie monoculaire s'observent spécialement chez les hystériques prédiposés à la contracture des muscles et des autres parties du corps. A ce point de vue, ce symptôme a une signification clinique qui n'est pas sans valeur.

(1) *Société ophthalmologique du Royaume-Uni*, **1881.**

« Comme le blépharospasme, et bien plus fréquemment que lui, les troubles de l'accommodation peuvent s'observer dans l'hystérie fruste. Beaucoup de cas d'asthénopie rapportés à des affections utérines ou d'autres causes ont, selon moi, leur principale origine dans un état plus ou moins voisin de l'hystérie. Il y a des cas particulièrement significatifs qui, d'ailleurs, sont assez rares en dehors de l'hystérie confirmée : ce sont ceux où l'asthénopie est monoculaire ou prédominante dans un œil, sans qu'on en trouve l'explication dans l'état de la réfraction. On devra toujours, en pareille occasion, songer à l'hystérie.

« Dans les cas si nombreux de spasmes de l'accommodation liés à des vices de réfraction, l'état général n'est pas non plus sans influence. La myopie par contracture s'observe surtout chez les enfants nerveux, et il ne suffit pas de corriger le vice de réfraction pour les guérir.

« Certains cas de contracture traumatique de l'accommodation ont, certainement, leur raison principale dans une prédisposition semblable. M. Charcot a insisté sur les faits de contracture développée à la suite d'un traumatisme parfois insignifiant, qui doivent toujours faire songer à l'hystérie.

« J'ai soigné, l'année dernière, un enfant de quinze ans qui, à la suite d'un léger traumastisme du bord orbitaire gauche, éprouva subitement des troubles de la vue. Un mois après, lorsqu'il vint me consulter, ce trouble persistait encore. Je constatai chez lui un certain degré de contracture avec abolition à peu près complète de l'amplitude d'accommodation, de telle sorte qu'il fallait des verres convexes de + 2 dioptries pour la lecture, tandis que les concaves de 1 à 2 dioptries étaient nécessaires pour corriger la vision à distance. L'atropine n'a pu réduire cette contracture. Les verres convexes de deux dioptries portés continuellement pendant plus de deux mois n'ont pas produit de résultat bien appréciable.

« Il y avait chez cet enfant un certain degré d'hypermétropie que n'expliquaient ni le début subit des troubles

oculaires, ni ses caractères, ni sa ténacité. D'autre part, le traumatisme, qui avait été fort léger, monolatéral, et n'avait pas intéressé directement le globe oculaire, ne donnait pas une explication suffisante de l'accident sans une prédisposition spéciale du sujet, qui avait, d'ailleurs, l'excitabilité et les attributs extérieurs du tempérament hystérique. »

Il va sans dire que M. Parinaud rapporte à la même contracture de l'accommodation la micromégalopsie, c'est-à-dire l'apparence de rapetissement ou de grossissement d'un objet, quand on l'éloigne ou qu'on le rapproche de l'œil.

La micromégalopsie existe, nous l'avons vu, presque constamment dans l'amblyopie hystérique. « Elle est liée à la contracture de l'accommodation. Elle est donc plus fréquente que la polyopie monoculaire, qui est également sous la dépendance de la contracture, mais qui exige, pour se produire, une contracture plus forte et certaines conditions particulières (1). »

*
* *

A l'exemple de M. Borel, nous étudierons maintenant séparément les paralysies et les contractures des muscles extrinsèques de l'œil. Les premières étant encore problématiques, comme nous l'établirons, nous commencerons par l'étude des contractures.

L'*orbiculaire des paupières* est un des muscles de l'œil le plus fréquemment touchés par l'hystérie. Déjà, nous l'avons dit, Hocken, en 1844, signalait la grande fréquence de sa contracture dans l'amblyopie hystérique. « D'après lui, les symptômes de l'amaurose hystérique sont les suivants : abolition simultanée de la vue des deux côtés; contraction spasmodique des muscles orbiculaires, surtout

(1) Morax, *Compte rendu du service ophthalmologique de M. le docteur Parinaud à la Salpêtrière, pour l'année* 1888, *op. cit. : Arch. de neur.*, 1889, p. 437. — Parinaud, *De l'anesthésie de la rétine, op. cit.*, 1886.

sous l'influence d'une lumière vive et lorsqu'on veut écarter les paupières; photophobie et épiphora; pupilles plus ou moins contractées, selon l'éclat de la lumière et l'excitation de la rétine. A l'exception des troubles fonctionnels et de la contraction spasmodique des paupières, les yeux ne présentent rien de particulier. » Il est évident que Hocken a observé la contracture de l'orbiculaire avec les phénomènes d'hyperesthésie de la conjonctive et de la cornée amenant la photophobie et l'épiphora; c'est là une forme de contracture fréquente dans l'hystérie, mais il a eu tort, nous l'avons montré, de faire de cette contracture une condition habituelle de l'amaurose hystérique, ainsi que le lui a reproché Landouzy, en 1846.

Existe-t-il une paralysie de l'orbiculaire? La question est très discutée, comme nous le verrons, et le *blépharospasme* paraît être seul en cause.

Le blépharospasme survient sous l'influence de divers facteurs : il peut se montrer subitement, à la suite d'une attaque, comme toute autre contracture hystérique. Nous en avons rapporté un exemple (1), survenu dans ces conditions, qui nous a servi de base pour des recherches sur la contracture de l'orbiculaire, avec M. Borel, chef de clinique de M. Landolt.

Une affection conjonctivale légère peut appeler le blépharospasme chez un hystérique. Une jeune fille, dont l'histoire a été rapportée par Lasègue (2), ayant reçu quelques grains de sable dans l'œil, eut une conjonctivite insignifiante à laquelle succéda une contracture des paupières qui se prolongea pendant des mois, alors que toute trace de conjonctivite avait disparu. Toutes les médications furent inutiles; puis, une nuit, la contracture s'en alla subitement et définitivement. Plus tard, se montrèrent des accidents hystériques caractéristiques.

L'influence des zones hyperesthésiques ou hystéro-

(1) GILLES DE LA TOURETTE, *De la superposition des troubles de sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques*, *op. cit.*, obs. I.

(2) *Des hystéries périphériques : Arch. gén. de médecine*, juin 1878.

gènes sur la production du blépharospasme est indéniable.

A. Graefe (1) a observé un spasme palpébral incontestablement d'origine hystérique, qui cédait à la pression du point d'entrée des nerfs sus et sous-orbitaires dans l'arcade; ce même résultat était obtenu en comprimant certains points du visage, de la tête, du cou et des épaules.

Zehender (2) a rapporté l'observation d'une jeune fille qui fut atteinte tout à coup d'un blépharospasme intense qu'on pouvait augmenter par la pression de certains points, tels que la vertèbre cervicale supérieure, l'occiput et les apophyses épineuses des vertèbres dorsales supérieures, et surtout en comprimant la région parasternale gauche. Toutefois, il n'existait aucun point permettant de faire cesser la contracture lorsqu'elle existait. La pression sur le lieu de réunion des sutures coronale et occipitale déterminait des contractures réflexes très vives. Le badigeonnage de la région des vertèbres cervicales supérieures à la teinture d'iode amena, au bout de six mois de maladie, un arrêt dans le cours de l'affection. Les contractures spasmodiques cessèrent, et l'on put alors constater un état tout à fait semblable au ptosis paralytique, en ce sens que les paupières supérieures tombaient des deux côtés. Ce n'était cependant pas, d'après l'auteur, une paralysie, — retenons cette opinion, — mais un spasme tonique de l'orbiculaire.

M. Seeligmüller (3) cite l'histoire assez semblable d'une paysane de cinquante ans qui avait, chaque heure, de deux à dix attaques d'un spasme tonique de l'orbiculaire qu'on pouvait produire à volonté par la pression sur les molaires postérieures du maxillaire inférieur, sur la région sus-

(1) A. GRAEFE, *Klin. Mittheilungen über Blepharospasmus : Arch. für Ophth.*, XVI, 1, p. 90, 1871.

(2) W. ZEHENDER, *Blepharospasmus von ein jahriger Dauer; temporar Geheilt durch auesserer Anwendung von Jodtinctur : Klin. Monatsch. f. Augenheilk.*, XIII, 293, 1875.

(3) SEELIGMULLER, *Ueber intermittirenden Blepharospasmus : Klin. Monatsblätter für Augenheilk.*, p. 203-215, 1871.

orbitaire, et même sur les apophyses transverses de la vertèbre cervicale supérieure, le ganglion supérieur du grand sympathique, le plexus brachial près de la clavicule, l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale.

« On ne contestera point qu'il s'agit ici de phénomènes nerveux dynamiques, — dit M. M. Borel (1), — et si aucun stigmate de la grande névrose n'a été mentionné et peut-être recherché, notre hypothèse, en revendiquant ces cas comme hystériques, ne trouve aucune réfutation dans l'histoire des malades de Zehender et de Seeligmüller. »

Ainsi donc, le blépharospasme hystérique se montre spontanément : ou il est provoqué chez un hystérique par une conjonctivite légère, ou l'on peut le faire apparaître par la pression d'une zone spasmogène de voisinage. Dans un cas que nous avons publié et qui nous avait été communiqué par M. Paul Richer, la pression de la région orbitaire, à l'aide d'un mouchoir, le faisait momentanément disparaître (2).

Le blépharospasme hystérique peut offrir plusieurs aspects cliniques : il peut être *clonique, tonique,* ou revêtir les allures de ce que M. Parinaud a appelé le *ptosis pseudo-paralytique.*

La *blépharospasme clonique* est peut-être le plus fréquemment observé, mais c'est aussi le plus transitoire des spasmes de l'orbiculaire. M. Bernutz (3) avait déjà noté un *clignotement continuel* des paupières dans l'hystérie. M. Charcot a surtout bien montré que c'était là un phénomène presque particulier à l'attaque hystérique. On le note surtout très nettement dans les attaques de sommeil. C'est une vibration constante des paupières closes ou demi-closes, de peu d'intensité, et à laquelle il faut prêter une certaine attention lorsqu'on veut la constater. Dans ces cas, le blépharospasme clonique pourrait servir d'élément

(1) Borel, *op. cit : Arch. d'ophth.,* 1886, p. 502.
(2) Gilles de la Tourette, *De la superposition..., op. cit.,* obs. V.
(3) Bernutz, art. *Hystérie : Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques,* t. XIX, 1874.

de diagnostic différentiel avec la léthargie hypnotique, dans laquelle on ne l'observe pas, ou beaucoup plus rarement.

Il est toujours bilatéral; cependant, M. Parinaud a noté ces contractures successives sous forme de contractions fibrillaires dans les cas de spasme monolatéral; c'est un élément précieux de diagnostic dans le ptosis pseudo-paralytique.

Le *blépharospasme tonique* est mono ou bilatéral; il revêt deux formes cliniques, une douloureuse, une non douloureuse. Dans la forme douloureuse, la bilatéralité semble la règle, le spasme étant le plus souvent surtout accentué d'un côté par rapport à l'autre. Dans ces cas, la contracture est toujours très énergique, la peau des paupières est fortement plissée. C'est avec peine que les doigts arrivent à entr'ouvrir celles-ci; le malade n'y parvient qu'après des efforts qui souvent même restent infructueux ou n'élargissent qu'incomplètement la fente palpébrale et pour très peu de temps, car presque toujours il existe une photophobie plus ou moins intense avec larmoiement. M. Parinaud note encore des douleurs périorbitaires qui sont en rapport avec un état spécial de sensibilité cutanée locale que nous décrirons bientôt.

Le blépharospasme tonique, *non douloureux,* est plus fréquemment monolatéral. Nous empruntons la description suivante, qui renferme presque tous les éléments d'appréciation, à la première observation de notre mémoire (1).

« Lorsqu'on examine — disions-nous — la face de la malade à l'état de veille, on remarque que l'œil gauche est complètement fermé par une contraction active de l'orbiculaire. Cette contracture plisse fortement la paupière supérieure. Lorsqu'on commande à la malade d'ouvrir cet œil, on remarque que tous ses efforts n'arrivent qu'à déterminer de légères contractions de l'orbiculaire qui accentuent en-

(1) Gilles de la Tourette, *De la superposition...*, etc., obs. I.

core l'occlusion. Du reste, de temps en temps, la paupière supérieure est animée de mouvements convulsifs spontanés, de frémissements, qui s'affirment encore lorsqu'elle essaye d'ouvrir l'œil. Celui-ci continue à rester fermé lorsque la malade est couchée sur le dos, et que la tête repose sur un plan inférieur à celui du tronc. Du reste, l'occlusion de l'œil n'est pas seulement complète, mais encore la paupière supérieure empiète sur l'inférieure, ce qui indique nettement une participation active de l'orbiculaire. Lorsque, d'ailleurs, on cherche à relever la paupière, on sent une résistance qui, pour ne pas être considérable, est néanmoins très appréciable. »

Ce sont ces divers caractères, atténués, toutefois, qu'il faudra également rechercher dans la troisième forme de blépharospasme décrite par M. Parinaud sous le nom de *ptosis pseudo-paralytique,* ainsi nommé parce que le plissement de la peau du spasme tonique n'existe pour ainsi dire pas, et que si l'on recommande au malade d'ouvrir l'œil, il rejette instinctivement la tête en arrière. On voit alors le frontal se contracter énergiquement pour lutter contre l'inertie de la paupière, comme dans le ptosis paralytique. Mais, à l'inverse de ce qui se passe dans ce dernier, on constate que la paupière supérieure recouvre très exactement l'inférieure ; lorsqu'on la relève avec le doigt, elle retombe plus énergiquement que dans la paralysie flaccide ; enfin, on peut constater ces frémissements convulsifs de la paupière supérieure que nous avons déjà signalés dans le spasme tonique.

M. Charcot (1) a récemment indiqué un autre signe objectif très important pour distinguer le spasme de la paralysie. Ce signe n'est autre que l'*abaissement du sourcil du côté où siège le spasme;* dans le ptosis paralytique, le sourcil est, au contraire, plus élevé que du côté sain, opinion qui a été confirmée à M. Charcot par M. Landolt.

(1) Charcot, *Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber.* Leçon recueillie par Souques : *Archives de neurologie,* vol. XXI, n° 63, mai 1891.

Si nous multiplions ainsi les éléments de diagnostic différentiel, c'estque, étantdonné, commenous le verrons, qu'on n'a pas encore démontré dans l'hystérie l'existence d'une paralysie de l'orbiculaire, on a tout intérêt, au point de vue du pronostic, à établir qu'on est en présence d'un

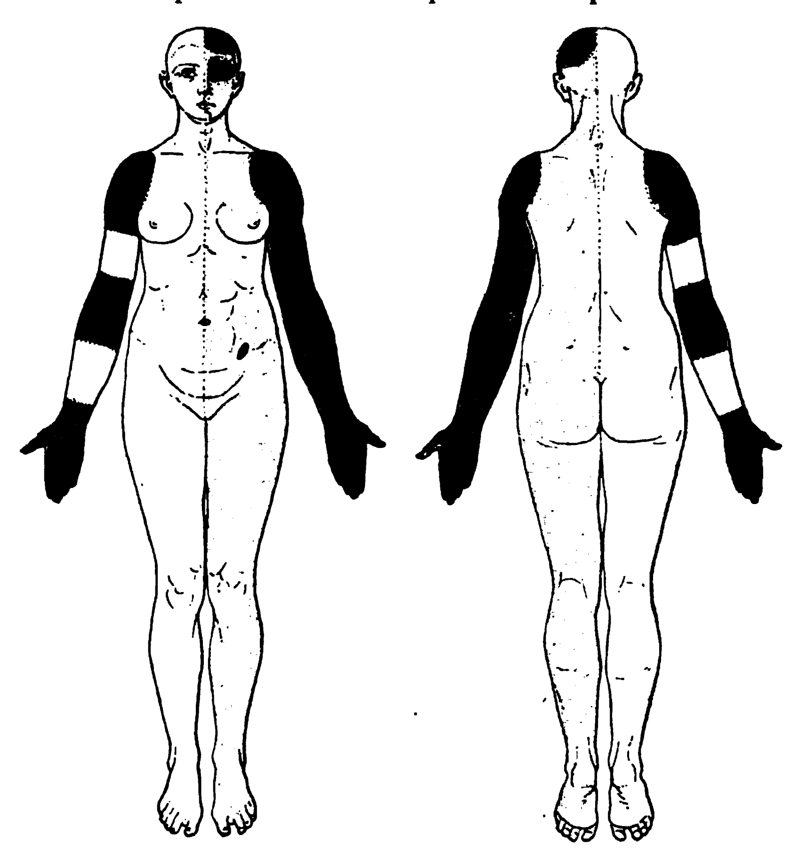


Fig. 27 et 28. — Superposition de l'anesthésie et du blépharospasme. La malade présente, en outre, des anesthésies géométriques, avec exagération de la sensibilité au contact, se superposant à des arthralgies. (G. T.)

spasme, même atténué, d'origine hystérique, comportant un pronostic bénin, à l'encontre d'un ptosis paralytique qui entraîne presque toujours avec lui l'idée d'une lésion organique.

Enfin, dans le blépharospasme hystérique, nous avons nous-même indiqué un autre signe que nous croyons presque pathognomonique et que nous avons pu, observations en main, généraliser aux spasmes des autres muscles de la face et du cou apparus sous l'influence de la névrose. Nous voulons parler de la *superposition des troubles de la sensibilité et du spasme.*

Dans le spasme non douloureux de l'orbiculaire des paupières, il existe une zone d'anesthésie superposée au spasme couvrant circulairement l'œil et la région périorbitaire dans une étendue d'environ deux centimètres en dehors de l'orbite (fig. 27, 28). Les conjonctives palpébrale et oculaire sont presque complètement insensibles : seule, la cornée garde sa sensibilité, mais dans une partie seulement, le segment interne étant le plus souvent intéressé. (Obs. I.)

Dans le blépharospasme douloureux, avec photophobie, même zone circulaire, mêmes troubles de la sensibilité de la conjonctive et de la cornée, cette fois généralisés, mais l'hyperesthésie a remplacé l'anesthésie (fig. 29, 30). Cette hyperesthésie explique les douleurs périorbitaires, spontanées ou provoquées par le simple frôlement de la peau, que M. Parinaud avait déjà notées.

Ces phénomènes sont analogues aux troubles de sensibilité « en territoires géométriques », se superposant à la fonction, indépendants de la distribution des nerfs périphériques, que M. Charcot a étudiés et que M. Féré avait déjà remarqués dans certains cas d'amblyopie hystérique.

Le siège du blépharospasme hystérique est donc central. Ce qui le prouve encore, c'est que nous avons pu, avec M. Borel (1), déterminer par suggestion le blépharospasme chez plusieurs malades hystériques et hypnotisables. Celles-ci étant hémianesthésiques, lorsqu'on opérait sur le côté sain, on voyait apparaître, en même temps que le spasme dans la région orbitaire précédemment sen-

(1) Borel, *Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduction par la suggestion hypnotique, op. cit.* (tirage à part), p. 11.

sible, la zone circulaire d'anesthésie que nous avons signalée.

M. Borel rapporte ainsi qu'il suit une des expériences que nous avons faites ensemble à ce sujet :

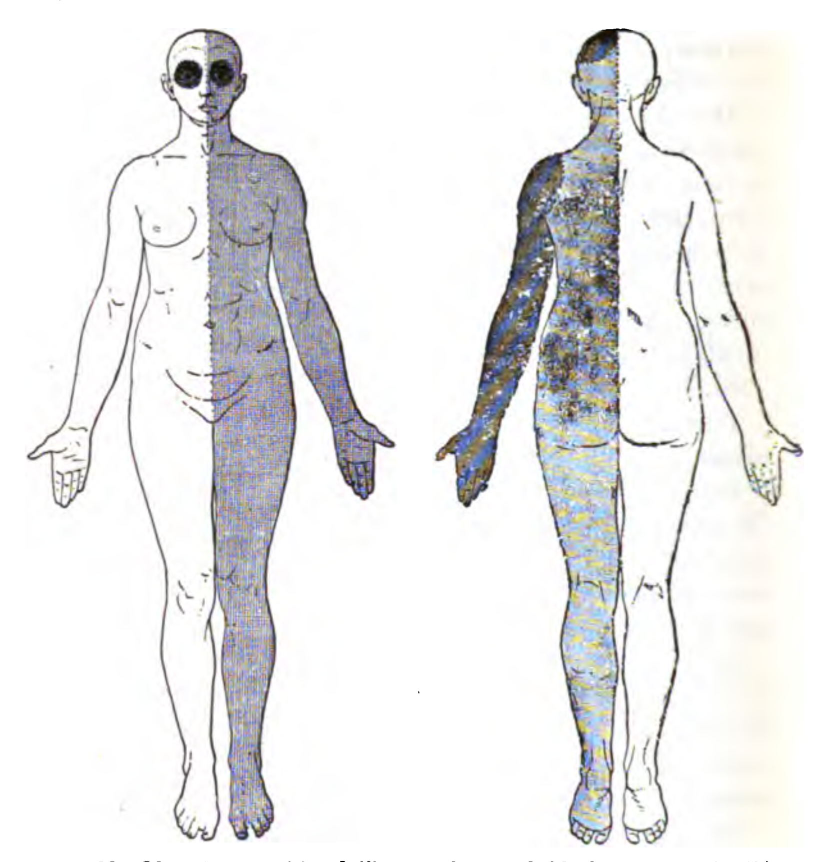


Fig. 29 et 30. — Superposition de l'hyperesthésie et du blépharospasme. (G. T.)

« Le 29 novembre 1887, M. Gilles de la Tourette, chef de clinique des maladies nerveuses, remplaçant M. le professeur Charcot dans sa *Leçon du mardi* à la Salpêtrière, présentait un cas de blépharospasme unilatéral chez une hystérique que nous avions examinée ensemble.

« Cette malade présentait le type de la contracture

effacée de l'orbiculaire, que tout le monde aurait pris, au premier abord, pour un ptosis paralytique; de légères contractions fibrillaires, la chute de la paupière persistant lorsqu'on plaçait la tête de la malade fortement inclinée en arrière, une légère résistance au doigt, permettaient de faire le diagnostic différentiel. Un mutisme hystérique survenu à la suite d'une angine légère, une hémianesthésie et un rétrécissement prononcé du champ visuel affirmaient l'existence de la névrose dans toute son intensité. L'œil, atteint de ptosis, était absolument *amaurotique;* il existait une zone d'anesthésie circulaire périorbitaire et une anesthésie limitée à la moitié seule de la cornée et de la conjonctive du côté interne. Par la suggestion, pendant le sommeil hypnotique, on pouvait guérir la malade, qui ouvrait parfaitement son œil et qui, en même temps, recouvrait la sensibilité cutanée cornéenne et conjonctivale. Cependant, la guérison ne durait guère plus d'un quart d'heure, mais elle n'en prouvait pas moins la nature purement fonctionnelle du trouble moteur.

« La contre-épreuve fut donnée par la reproduction de cette affection chez une grande hystérique. Le ptosis obtenu fut identique avec celui qui venait d'être étudié, et personne n'eût pu trouver une différence entre le cas spontané et celui qui venait d'être reproduit devant l'auditoire. Mais le plus curieux fut de remarquer que non seulement le sujet avait copié le blépharospasme, mais qu'il en avait en même temps tous les symptômes concomitants. L'œil du côté soumis à l'expérimentation était devenu amaurotique, et la région périorbitaire et tout le globe oculaire anesthésiques. »

Disons encore, par anticipation, que, même en suggérant à la malade d'avoir la paupière supérieure *paralysée,* nous n'avons pu déterminer qu'un spasme très facilement contestable, et jamais une paralysie : il en est de même, nous le verrons, pour les autres muscles de la face.

Le blépharospasme hystérique, quelque forme qu'il

revète, s'associe presque toujours avec d'autres troubles de l'appareil de la vision. Nous devrions même dire que tous les phénomènes déjà décrits de l'amblyopie : dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel, le précèdent, l'accompagnent et lui survivent; car le spasme est, en somme, le plus souvent un phénomène transitoire, alors que l'amblyopie est constituée par des stigmates permanents. Nous ne parlons pas, bien entendu, de la photophobie, de l'épiphora, qui font partie de la contracture douloureuse de l'orbiculaire.

Il peut, enfin, concurremment, exister des contractures ou des paralysies des membres fort importantes au point de vue du diagnostic dans certaines circonstances; nous allons en parler bientôt à propos d'un cas observé par M. Charcot.

Ce qui nous intéresse surtout actuellement, dans ce dernier ordre d'idées, c'est que le blépharospasme tonique, le plus fréquent de tous, s'accompagne fréquemment de contracture des muscles du globe, qui explique la diplopie souvent observée en pareils cas.

Dans un fait que nous avons publié et qui nous avait été communiqué par M. P. Richer, la contracture de l'orbiculaire accompagnait un spasme glosso-labié et cessait avec lui par la pression de la région orbitaire.

Dans une observation de Vulpian, rapportée par Baron(1), il existait un blépharospasme double, hyperesthésique, avec violente douleur frontale. « Quand on écartait les paupières fermées, on voyait les cornées se porter en haut et en bas vers les angles internes et externes des yeux et rester en un point environ dix secondes. Les mouvements des yeux se faisaient dans le même sens, et il était impossible que les deux cornées se trouvassent dans la direction des axes optiques. » Tous ces phénomènes de contracture disparurent subitement, à quelques jours de là; seule la douleur périorbitaire continua à exister.

(1) Thèse citée, p. 16.

Da Fonseca (1) rapporte deux cas de spasmes cloniques et toniques de l'orbiculaire, s'accompagnant de spasmes des autres muscles de l'œil produisant le strabisme et la diplopie.

Dans le fait de A. Graefe, que nous avons déjà rapporté, une contracture du muscle droit interne, un spasme d'accommodation joint à une névralgie ciliaire avec exacerbations périodiques et larmoiement, accompagnaient le spasme palpébral qui était unilatéral.

Landesberg (2) a observé, chez un jeune garçon de treize ans, une contracture de l'orbiculaire accompagnée de spasme de l'accommodation, occasionnant une forte myopie apparente ; il y avait une contracture spasmodique du droit interne et une motilité en dehors très restreinte ; la vision était diminuée ; le malade était en outre hémianesthésique. L'acuité visuelle se rétablit absolument, en même temps que les contractures disparaissaient.

Cuignet (3) a vu, chez une jeune fille de dix-neuf ans, une amblyopie changeante alterner avec un strabisme convergent produisant de la diplopie ou un blépharospasme. Saint-Ange (4) a noté l'association du blépharospasme avec la cécité absolue et du myosis.

Dans les cas précédents, que nous rapportons d'après Borel, les muscles de l'œil, y compris l'orbiculaire, étaient *contracturés*.

Il ne semble pas qu'il en fût complètement de même dans un fait de Harlan (5), rapporté également par M. Borel. « Chez une jeune fille de seize ans, il existait de la mydriase

(1) Da Fonseca, *Nevropathia ocular hysterica : Archiv. ophth. da Lisboa*, n° 4, 1884. — *Ibid. : Arch. ophth. da Lisboa*, mai-juin 1882.

(2) Landesberg, *Affections de l'œil dépendant de l'hystérie : Journal of nervous and mental diseases*, vol. XIII, n° 2, février 1886.

(3) Cuignet, *Névralgie ciliaire et perversions visuelles hystériques : Recueil d'ophthalmologie*, p. 34, 1873.

(4) Saint-Ange, *Contribution à l'étude de la cécité hystérique : Revue médicale de Toulouse*, n° 6, 1884.

(5) Harlan, *Case of hysterical blindness with violent blepharospasm and mydriasis relieved by mental impression : Transact. of the American ophth. Soc.*, 1884, et *New-York med. Journ.*, 26 juillet 1884.

assez forte, de la parésie de l'accommodation accompagnée d'un blépharospasme intermittent et violent; il y avait, en outre, de l'amblyopie monoculaire, un scotome central et un rétrécissement du champ visuel. »

Dans le cas de Harlan, nous relevons des *phénomènes paralytiques* du constricteur de l'iris; mais nous notons aussi un scotome central, phénomène encore plus rare peut-être que la mydriase.

Nous rappellerons, à ce propos, ce que disait récemment M. Charcot (1), présentant à ses auditeurs une malade d'un diagnostic difficile, chez laquelle il existait un blépharospasme à caractères peu tranchés. « En l'absence des caractères habituels, comment savoir s'il s'agit d'un spasme ou d'une paralysie des muscles de l'œil ? Question délicate s'il en fut, et difficile à résoudre. Interrogez à ce sujet les oculistes, vous n'obtiendrez, le plus souvent, qu'une réponse embarrassée et peu satisfaisante. Laissez-moi vous rappeler, à ce propos, un fait qui me revient à la mémoire. Il y a huit ans de cela, on m'amenait une jeune fille présentant, depuis quelque temps, de violents maux de tête et une chute de la paupière. Après avoir cherché, sans pouvoir les découvrir, les stigmates officiels de l'hystérie, l'idée d'une lésion organique pouvait venir à l'esprit. J'adressai cette malade à un oculiste très distingué, qui me la renvoya avec la note suivante : « Paralysie de la troisième « paire, un peu de décoloration de la pupille. » Vous voyez d'ici l'embarras du médecin chargé d'annoncer à la famille un diagnostic et un pronostic de cet ordre. Fort heureusement que je n'en fis rien; cet examen ophthalmoscopique ne m'avait pas convaincu, et, en me basant sur l'état général, les antécédents, etc., je gardai par devers moi cette idée que l'hystérie pouvait bien être en cause. Et l'événement vint me donner raison : quelque temps après, cette jeune fille guérissait, et de son ptosis, et de sa paralysie.

« Ce n'est point pour vous mettre en garde contre les

(1) CHARCOT, *Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber*, *ov. cit. : Archives de neurologie*, mai 1891, p. 336.

défaillances possibles de l'oculistique que je vous rappelle ce souvenir, c'est uniquement pour vous montrer les difficultés du diagnostic entre le spasme et la paralysie de la paupière. »

Le cas qui servit de thème à la leçon de M. Charcot nous servira également à démontrer combien il est important d'être fixé sur le point de savoir si les phénomènes observés intéressent l'orbiculaire (ou le releveur de la paupière), tenant dans le premier cas à la contracture, dans l'autre à la paralysie.

Il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans « qui se plaignait d'avoir, depuis quelques années, la *paupière gauche tombante,* et avait présenté simultanément une parésie d'abord, puis une *paralysie complète des membres du côté droit*. En présence de la coexistence de ces deux phénomènes : hémiplégie droite et ptosis gauche, l'impression naissait tout naturellement qu'il devait s'agir là d'*un genre de paralysie alterne* décrit pour la première fois par un médecin allemand, Weber (1), résidant en Angleterre, et auquel nous sommes redevables d'une fort intéressante étude sur la pathologie du pédoncule cérébral. »

Par une série de considérations et de déductions qu'il serait trop long d'exposer ici, M. Charcot put démontrer qu'il s'agissait, chez sa malade, d'un blépharospasme et non d'une paralysie de la troisième paire. De plus, ajoutait-il, alors que, dans l'hémiplégie qui accompagne le syndrome de Weber, « comme dans l'hémiplégie capsulaire, le facial inférieur et l'hypoglosse sont habituellement intéressés, et cette lésion se traduit par la paralysie du facial inférieur et par la déviation de la langue du même côté que l'hémiplégie des membres », dans le cas actuel, la face est respectée par la paralysie, comme il est de règle dans l'hémiplégie hystérique. Enfin, la paralysie des membres, après avoir duré plus d'une année, a disparu un jour subitement, et, au lieu et place de l'hémihyperesthésie exquise qui existait alors,

(1) WEBER, *A contribution to the Pathology of the Crura cerebri : Med. Chirurg. Transactions,* 1863.

on constate, aujourd'hui, une hémianesthésie dont l'origine hystérique ne saurait être méconnue.

Devant tous ces caractères, le ptosis paralytique devenait un blépharospasme, bien qu'il fût contemporain de l'ancienne paralysie, et l'hypothèse longtemps admise de lésions organiques devait faire place à la certitude beaucoup plus rassurante de troubles dynamiques tels qu'en produit l'hystérie.

En 1889, nous avons eu l'occasion d'observer, avec notre ami le docteur Texo, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, un malade âgé de soixante-trois ans qui, à la suite d'un accès qu'un médecin, appelé en toute hâte, qualifia d'apoplectique, présentait également une chute de la paupière *gauche* (avec diplopie et amaurose complète), accompagnée d'une hémiplégie *droite* incomplète. Le malade était syphilitique, et, bien qu'il eût cinq enfants bien portants, on pouvait penser qu'il s'agissait d'un retour agressif de la vérole, à localisation bulbaire. Or, au bout, il est vrai, d'un deuxième examen, nous pouvions nous convaincre que la paralysie du releveur n'existait pas ; il s'agissait d'un ptosis pseudo-paralytique avec *anesthésie circulaire superposée*. L'hémiplégie s'accomgnait d'hémianesthésie avec spasme glosso-labié, troubles du goût et de l'odorat du même côté. C'était donc une attaque d'hystérie *à forme apoplectique* qui avait causé tout le mal. L'entourage du malade était, comme on le pense, désespéré ; celui-ci, convaincu qu'il était paralysé pour toujours, s'était alité. Nous le fîmes, presque de force, sortir de son lit, persuadant à tous qu'il ne s'agissait là que de phénomènes purement nerveux. Quinze jours plus tard, tous les phénomènes oculaires avaient disparu, et un séjour d'un mois dans un établissement hydrothérapique amenait la guérison complète de la paralysie.

Nous insistons sur ce fait que nous étions intervenu presque aussitôt après l'apparition du blépharospasme et des autres phénomènes : car, suivant la loi établie par M. Charcot, pas plus pour l'orbiculaire que pour les autres

muscles, « il ne faut jamais laisser traîner les contractures ».

Mais la contracture de l'orbiculaire ne disparaît pas toujours aussi rapidement; dans le fait publié par M. Charcot, elle durait depuis plusieurs années; dans deux cas que nous avons rapportés, elle persista plus d'une année.

Cette persistance n'empêche pas que, comme tous les autres phénomènes hystériques, le blépharospasme peut disparaître aussi subitement qu'il est apparu, et cela sans traitement, au moins sans intervention active, sanglante, du côté de l'orbiculaire lui-même.

Aussi voudrions-nous, à ce propos, mettre les malades en garde contre la tendance que les chirurgiens ont, trop souvent, à intervenir opératoirement en de pareils cas. Nous savons bien que Panas (1), Pflüger (2), A. Graefe (3) ont guéri, par l'extension ou l'excision des nerfs susorbitaires, des contractures de l'orbiculaire; mais nous n'ignorons pas davantage que notre deuxième malade subit également la résection des nerfs susorbitaires des deux côtés, et n'en retira qu'une exacerbation de son blépharospasme.

En Amérique, dit M. Borel (4), « certains chirurgiens ont été jusqu'à disséquer tout le muscle orbiculaire dans des blépharospasmes hystériques qu'ils ne reconnaissaient pas ». Leur ignorance était leur seule excuse, car tous ces moyens violents sont non seulement inutiles, mais encore mauvais, et il vaut beaucoup mieux s'adresser sans intervention sanglante à l'état mental du sujet, — puisqu'il est certain que le blépharospasme a une origine centrale, — soit par les courants continus (Pflüger, Seeligmüller,

(1) Panas, *Blépharospasme hystérique traité par élongation du nerf susorbitaire : Semaine médicale*, II, p. 33, 1882.

(2) Pflüger, *Blepharospasmus : Bericht über die Universitäts Klinik, in Bern*, 1881.

(3) A. Graefe, *op. cit.*

(4) Borel, *Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduction artificielle par la suggestion hypnotique, op. cit.*

Hodges) (1), soit par les instillations de cocaïne, qui réussirent une fois à Meyer (2), soit par les aimants (Harlan), soit par la pression d'une zone frénatrice (P. Richer), soit par le moyen qu'on voudra, pourvu qu'il ne soit pas sanglant.

C'est à l'état mental que s'adressèrent les auteurs qui ont observé les cas suivants rapportés par M. Borel :

« Strawbridge (3) obtint la guérison d'un blépharospasme hystérique par l'élévation forcée des paupières au moyen de bandes de sparadrap. L'effet moral fut aussi grand que l'effet physique ; plusieurs fois, quand le pansement s'était détaché à l'insu du malade, l'œil restait ouvert, tandis qu'après l'enlèvement voulu du sparadrap, le spasme se rétablissait immédiatement ; après avoir renouvelé chaque jour le pansement, le spasme disparut au bout de quelques semaines.

« Les moyens psychiques les plus simples ont réussi quelquefois. M. Silver (4) a observé, au Charing-Cross Hospital de Londres, un cas de ptosis (?) hystérique de la paupière supérieure de l'œil *gauche*, qu'il a guéri par un moyen aussi curieux qu'ingénieux. Il dit à la malade que si l'œil *droit* se fermait, l'œil gauche pourrait s'ouvrir ; elle abaissa la paupière droite, et immédiatement la paupière gauche s'ouvrit. L'œil droit fut immédiatement tenu fermé au moyen d'un pansement ; la guérison fut obtenue en peu de jours, et, l'on n'eut pas de rechutes à observer. »

En thèse générale, concluons donc, avec M. Borel, et ceci est applicable aux troubles spasmodiques de tous les muscles de l'œil, que « c'est la diathèse de contracture qu'il faut combattre, et non la localisation accidentelle qu'affecte la maladie ».

(1) HODGES, *Hysterical closure of right eyelids cured by galvanism : Lancet,* I, p. 378, 1871.

(2) E. MEYER, *Revue générale d'ophthalmologie,* p. 97, 1885.

(3) STRAWBRIDGE, *Hysterical blepharospasm treated and relieved by forcible elevation of the eyelid : Transact. Amer. ophth. Soc.* 1875, p. 30.

(4) SILVER, *Hysterical ptosis : Lancet,* II, p. 117, 1872.

*
* *

La question qui s'est déjà dressée incidemment à propos de l'orbiculaire, à savoir, s'il s'agissait de spasme ou de paralysie, va se poser encore bien davantage à propos des déterminations hystériques sur les autres muscles extrinsèques du globe oculaire.

Aussi, avant d'étudier leur contracture ou leur paralysie, désirerions-nous exposer sur cette question l'opinion des auteurs qui l'ont traitée et montrer aussi, d'après eux, par quels moyens on pourrait différencier entre elles ces deux manifestations.

En 1886, M. Parinaud (1) s'exprimait ainsi, après avoir étudié la contracture de l'orbiculaire : « On peut trouver, avec l'amblyopie, des *paralysies franches* des muscles de l'œil qui se présentent presque toujours à l'état de *paralysies associées*, c'est-à-dire qu'elles intéressent le même mouvement dans les deux yeux. Ces paralysies se rencontrent surtout chez les malades qui ont des paralysies caractérisées dans d'autres parties du corps, particulièrement au cou et dans les parties supérieures du tronc. »

En 1889, après avoir noté la fréquence de la contracture des muscles accommodateurs, M. Morax, donnant le compte rendu du service ophthalmologique de M. Parinaud (*op. cit.*) à la Salpêtrière, s'exprimait ainsi : « On constate encore, mais plus rarement, chez les hystériques, des troubles des muscles moteurs des paupières et du globe oculaire d'une nature particulière, qui tiennent tantôt de la contracture, tantôt de la paralysie, *sans qu'il soit toujours facile de préciser quel est celui de ces états qui domine.* »

M. Borel (2), qui, lui aussi, s'est trouvé aux prises avec ces difficultés de diagnostic, pense « que ce qui a particulière-

(1) *Anesthésie de la rétine*, *op. cit.*

(2) Borel, *Affections hystériques des muscles oculaires*, *op. cit.* : *Arch. d'ophth.*, 1886, p. 506.

ment troublé l'étude de ces symptômes oculaires, c'est le mode défectueux de l'examen ; le diagnostic différentiel des contractures et des paralysies oculaires n'est, en effet, pas toujours facile; car, *au premier aspect, le strabisme ne peut indiquer s'il s'agit du spasme d'un muscle ou de la paralysie de son antagoniste* ».

Il conseille alors d'établir le *champ de fixation* (1), qui sera normal dans le cas de strabisme spastique, et limité dans le cas de strabisme paralytique. Cependant, M. Landolt aurait trouvé à cette règle, établie par A. Graefe, certaines exceptions : le strabisme concomitant, convergent ou divergent, surtout de date ancienne, s'accompagne d'un rétrécissement du champ de fixation du côté où le strabisme siège le plus fréquemment, et souvent des deux côtés.

« Il y a cependant, dit M. Borel, une différence entre le rétrécissement du champ de fixation dans le strabisme invétéré et dans celui du strabisme paralytique : dans le premier cas, la courbe graphique donnant l'excursion des mouvements oculaires extrêmes est généralement rétrécie, tandis qu'elle dessine une sorte de cuvette lorsque le droit interne, le droit supérieur ou le droit externe sont paralysés ; la ligne est rentrante au lieu d'être simplement aplatie. Cette

(1) Le champ de fixation s'obtient en plaçant l'œil au centre du périmètre, la tête étant bien immobilisée dans la rectitude. L'autre œil est couvert pendant qu'on fait suivre à l'œil examiné un objet à fixer qu'on promène du sommet vers les extrémités de l'arc périmétrique. M. Landolt choisit, pour objet à fixer, la plus petite lettre que l'œil puisse distinguer à la distance du rayon périmétrique. On est alors certain que, tant que l'objet est reconnu, c'est la fosse centrale qui reçoit son image, et non une partie avoisinante de la rétine, c'est-à-dire qu'on détermine bien les excursions de la ligne du regard. Si l'acuité visuelle est très mauvaise, on choisira la mensuration objective : on promènera, alors, une bougie le long de la surface interne de l'arc périmétrique, en la faisant suivre par l'œil examiné. Le point extrême où le reflet ne peut plus atteindre le centre de la cornée donne la limite de l'excursion de l'œil dans ce sens. (De Wecker et Landolt, *Traité complet d'ophthalmologie*, t. I, p. 921. — Landolt, *Étude sur les mouvements des yeux à l'état normal et à l'état pathologique : Archives d'ohpthalm.*, novembre-décembre 1881. — Borel, *op. cit. : Archives d'ophthalm.*, 1886, p. 496.)

considération nous sera du plus grand poids pour affirmer l'existence d'une paralysie hystérique de l'oculo-moteur externe, par opposition au spasme du droit interne, dans un cas qui nous est personnel. »

La méthode de Donders, à l'aide de l'*inclinaison des images accidentelles,* comme moyen de diagnostic entre le strabisme paralytique et le strabisme par contracture, aura aussi son utilité (1). Elle consiste dans la constatation de la déviation des images qui peuvent se produire dans les différentes positions des yeux.

On comprend enfin que le *sommeil chloroformique* restera sans action sur les paralysies, alors qu'il pourra agir sur les contractures des muscles de l'œil.

M. Parinaud (2), dans son travail sur le spasme et la paralysie des muscles oculaires, bien que ne s'occupant pas particulièrement de la névrose, a tracé une symptomatologie assez spéciale du spasme opposé à la paralysie dont on pourra profiter en l'appliquant aux troubles oculaires de l'hystérie. Dans le spasme, on observe des clignements involontaires des yeux, des contractures fibrillaires dans l'orbiculaire, une incoordination et une brusquerie inaccoutumées des mouvements, et même du nystagmus. Tandis que, par exemple, dans la *paralysie* du droit externe on a une intégrité des mouvements de l'adduction et une absence de ceux qui servent à l'abduction, dans le *spasme* on a, comme dans le strabisme convergent, des mouvements d'étendue normale qui se font facilement.

M. Parinaud a aussi observé dans ces spasmes une fatigue très grande dans la fixation des douleurs périorbiculaires violentes, phénomènes que nous avons notés plus particulièrement dans la contracture de l'orbiculaire, qui s'accompagne, comme nous l'avons vu si souvent, du spasme des autres muscles oculaires.

(1) Landolt, art. *Strabisme : Dictionn. encycl. des sciences méd.*, 2ᵉ série, t. XII, p. 269.

(2) Parinaud, *Spasme et paralysie des muscles de l'œil : Gazette hebdomadaire*, 1877, nᵒˢ 46 et 47.

Dans les cas de contracture des droits internes accompagnée de blépharospasme, M. Galezowski (1) a remarqué dans la marche de l'affection des exacerbations subites, des variations considérables que révèle l'examen de la diplopie. Celle-ci présente, dans cette contracture des droits internes, des oscillations continuelles; les images se rapprochent et s'écartent pendant l'examen; le strabisme spastique serait, en outre, quelquefois accompagné de douleurs se montrant sous forme de crises.

Il est incontestable que, dans tous ces cas, le symptôme le plus important sera toujours l'étude de la diplopie, qu'il ne faudra pas confondre avec la diplopie ou polyopie monoculaire, qui existe presque normalement lorsque l'hystérie a touché les yeux.

Ce qui rendra cependant le diagnostic assez difficile entre le spasme et la paralysie, c'est que celle-ci peut déterminer un spasme. M. Parinaud cite, en effet, une observation dans laquelle, en provoquant la contraction du muscle droit externe gauche paralysé (incomplètement), on développait un spasme tonique de son muscle associé, le droit interne de l'œil droit, qui entraînait brusquement le globe de l'œil en dedans.

Le spasme associé (qui, comme le spasme primitif, s'exagère sous l'influence de la fatigue oculaire) a pour résultat immédiat d'augmenter la diplopie des paralysies, et lorsqu'il se combine avec celles-ci, et lorsqu'elles siègent sur le côté opposé, il peut faire croire à des paralysies doubles.

Les notions précédentes sont importantes, car elles sont, d'après M. Borel, applicables aux contractures et aux paralysies des muscles de l'œil d'origine hystérique. Il n'en est pas moins vrai que leur application nous semble, en clinique, entourée de véritables difficultés.

(1) GALEZOWSKI, *Traité des maladies des yeux*.

*
* *

Étudions maintenant, avec M. Borel, les spasmes hystériques des muscles moteurs du globe oculaire : *le strabisme hystérique spastique*.

M. Parinaud (1) dit que le blépharospasme tonique des hystériques s'accompagne presque toujours de contraction des muscles du globe, mais que *la contracture isolée de ceux-ci est rare,* du moins à l'état de contracture fixe, car les malades accusent assez souvent de la diplopie transitoire imputable à des spasmes passagers des muscles.

En dehors des généralités qu'on trouve dans les auteurs, presque toujours sans observations à l'appui, il semble que la notion du strabisme hystérique spastique soit comme une tradition depuis Landouzy (2), qui mentionne déjà « qu'à la suite des accès, on peut avoir une déviation des yeux que quelques pathologistes ont appelée *strabisme hystérique* ».

Briquet (3) constate également la contracture, mais ne la décrit pas. « On l'a vue, dit-il, affecter presque toutes les parties du corps, la langue, les *muscles des yeux*... »

Dans une observation d'Hélot (4), une hémiplégie droite, avec spasme glosso-labié, s'accompagnait de strabisme convergent. « L'œil gauche étant immobile, la pupille au milieu de la fente palpébrale, la prunelle droite paraissait se cacher sous la racine du nez. » Cette convergence disparut soudainement.

Nous ne ferons que mentionner le cas déjà cité de Cuignet, dans lequel le blépharospasme s'accompagnait d'un *strabisme convergent* et de diplopie ayant coïncidé avec une amblyopie hystérique à changements brusques.

Dans un cas de M. Terrier (5), une femme hystérique, de

(1) *Anesthésie de la rétine, op. cit.*

(2) Landouzy, *Traité complet de l'hystérie,* 1846.

(3) Briquet, *op. cit.,* 1859, p. 435.

(4) *Hémiplégie hystérique.* Thèse de Paris, 1870.

(5) Terrier, *Contractures des muscles de l'œil et de l'orbiculaire gauche, guéries par l'ablation de dents cariées : Recueil d'ophth.,* p. 34, 1873.

vingt et un ans, fut prise, à la suite d'une violente crise de névralgie siégeant au niveau de dents cariées, et malgré cela très probablement de nature hystérique, d'une *déviation de l'œil gauche en haut et en dehors* (l'œil droit avait été énucléé). Le lendemain, la cornée n'était plus visible que dans son quart inférieur, tandis que tout le reste de cette membrane était caché derrière la paupière supérieure. Consécutivement, un blépharospasme vint compléter cet ensemble de phénomènes. En raison de la déviation oculaire, la contracture paraissait dépendre surtout du droit supérieur, du droit externe et de l'oblique inférieur. Au bout de trois mois, tous les phénomènes disparurent à la suite de l'extraction des dents cariées et d'un traitement approprié. Peut-être les dents jouaient-elles, dans la circonstance, un rôle hystérogène pour la production des attaques de névralgie faciale, et spasmogène pour la contracture de l'orbiculaire.

M. Mengin (1) a publié un cas tout à fait analogue qu'il attribuait aussi aux lésions de l'appareil dentaire. A la suite d'une périostite alvéolo-dentaire, son malade fut pris de *crampes toniques et de parésies oculaires accompagnées de contracture du muscle droit interne et d'un spasme de l'accommodation*. En même temps, on constatait un *rétrécissement du champ visuel,* de l'amblyopie et de l'*achromatopsie*.

« Il semble, dit M. Borel qui rapporte ce fait, que « ce furent justement là les symptômes hystériques complémentaires de l'observation de M. Terrier » .

M. Borel rapporte encore deux faits de MM. Manz et Ulrich, qu'il met au nombre des plus remarquables parmi les cas de strabisme hystérique spastique.

M. Manz (2) fut consulté par une jeune Russe qui se plaignait de sensations de brûlures dans les yeux : quel-

(1) Mengin, *Des accidents oculaires consécutifs aux lésions de l'appareil dentaire : Recueil d'ophthalmologie*, p. 324, 1878.

(2) Manz, *Ein Fall von hysterichen Erblindung mit spastichen Schielen : Berl. kl. Wochens.*, janv. 1880, n°s 2 et 3.

ques jours plus tard, la malade revenait avec un *strabisme convergent* de l'œil droit, en accusant une diplopie accompagnée de maux de tête : *les deux yeux étaient fortement tournés en dedans*. Deux ans auparavant, elle avait présenté les mêmes symptômes, qui durèrent neuf mois, toujours avec de la diplopie et de la céphalalgie. Le strabisme convergent était si fort que les deux cornées étaient en partie cachées par les caroncules lacrymales : il existait du myosis, qui se changeait en mydriase dans certains mouvements de l'œil gauche ; le champ visuel des deux côtés était extrêmement rétréci, l'examen ophthalmoscopique négatif. Le premier diagnostic de paralysie de l'oculo-moteur externe, auquel on avait songé, fit rapidement place à celui de strabisme spastique. Quelque temps après, le droit externe gauche fut atteint d'un spasme et, dans cet état, on eut l'image de la *déviation conjuguée spastique transitoire*. Puis survinrent des attaques hystériques qui modifièrent la situation, mais toujours dans le sens de la contracture des muscles oculaires alternant avec une amblyopie changeante ; finalement, quatorze mois après, les choses en étaient à peu près au même état qu'au commencement.

Un examen très attentif d'une femme de trente-cinq ans, hystérique confirmée, atteinte de strabisme convergent de l'œil gauche, conduisit M. Ulrich (1) à admettre un spasme intermittent de l'oculo-moteur gauche, et non une paralysie du droit externe du même côté.

Les phénomènes de polyopie étaient, chez elle, si marqués qu'elle voyait les mêmes personnes dans la rue jusqu'à six fois et plus.

Nous avons dit que M. Parinaud avait émis l'espoir qu'on pourrait trouver, « avec l'amblyopie hystérique, des paralysies franches des muscles de l'œil qui se présentent presque toujours à l'état de *paralysies associées*, c'est-à-dire qu'elles intéressent les mêmes mouvements dans les deux

(1) Ulrich, *Intermittirenden Spasmus eines Musc. rect. int. auf Hystericher Basis : Zehender's klin. Monatsblätter für Augenheilk.*, juillet 1882.

yeux : ces paralysies se rencontrent surtout chez les malades qui ont des paralysies caractérisées dans d'autres parties du corps, particulièrement au cou et dans les parties supérieures du tronc ».

Or, pendant l'attaque, on peut observer des phénomènes objectivement analogues, *attribuables à la contracture,* et qui peuvent même se compléter de façon à simuler un syndrome bien connu. A la période des convulsions toniques ou cloniques on note assez souvent la contracture des muscles oculaires ; elle coïncide, parfois, avec des contractures symétriques des muscles du cou, ce qui donne assez bien l'apparence de la *déviation conjuguée de la tête et des yeux*. On pourrait alors penser, par exemple, dans les états de mal à forme céphalalgique (pseudo-méningite hystérique), à une lésion organique du cerveau.

Le plus souvent, toutefois, le syndrome précédent n'est pas aussi accentué, l'œil se porte dans toutes les directions par une secousse rapide et de courte durée que remplace immédiatement une déviation dans le sens opposé, sans qu'aucune règle préside à l'irrégularité des mouvements ; en même temps, les pupilles sont agitées par des dilatations et des contractions spasmodiques.

Un cas, auquel on pourrait appliquer les considérations précédentes, sert de base à la thèse de M. J. Lévy (1). Il observa, *au moment de l'attaque,* chez une femme de trente-sept ans, hystérique confirmée, atteinte d'amaurose complète, une déviation conjuguée des yeux. Celle-ci s'accompagnait de *lagophthalmus*. Ce terme, qui implique presque toujours une paralysie de l'orbiculaire, nous semble impropre dans l'espèce. C'est un phénomène transitoire, fréquemment observé lors de la période tonique de l'attaque, qui accompagne la convulsion en haut des globes oculaires, ainsi qu'on peut nettement le constater dans l'étude de Rubens pour la *Possédée* du musée de

(1) J. Lévy, *Ueber hysterische Amaurose : Inaug. Dissert.* Berlin, 1890. (*Anal. in Neurolog. Centr.*, n° 18, 15 sept. 1890, p. 573.)

Vienne, reproduite par MM. Charcot et P. Richer (1).

Dans le cas de M. Lévy, l'application de l'aimant de Charcot fit disparaître tous ces phénomènes, qui n'avaient pu un seul instant faire penser à une lésion en foyer.

Le fait de Lévy, en tant que déviation conjuguée des yeux, est à rapprocher de celui de Manz que nous venons d'analyser, et dans lequel une *déviation spastique transitoire* avait succédé au strabisme par contracture.

La forme permanente de la déviation est beaucoup plus rare. Cependant, Frost en a observé un exemple (2) qu'il intitule, dans une note complémentaire communiquée à M. Borel : « *Déviation conjuguée hystérique, les deux yeux étant tournés en bas et à droite.* » Pendant un an que se continua l'observation, la contracture persista : l'anesthésie générale par l'éther faisait disparaître le spasme.



Abordons maintenant de plus près l'étude des *paralysies* des muscles de l'appareil de la vision dans l'hystérie.

Le facial anime l'*orbiculaire des paupières*. Nous avons assez insisté sur le blépharospasme et sur le ptosis pseudo-paralytique de M. Parinaud, pour conclure qu'il n'existe pas de *paralysie permanente de l'orbiculaire* démontrée dans l'hystérie; la lagophthalmie transitoire, si l'on peut même lui donner ce nom, appartenant à l'attaque et faisant partie d'un groupe de contractures et de spasmes difficiles à analyser, à la vérité, par leur caractère même toujours intermittent, et qui, se montrant pendant la période tonique, ressortissent, dans leur ensemble, à la contracture.

A côté des faits de spasme glosso-labié qui se multiplient tous les jours, depuis les travaux de MM. Charcot,

(1) *Les démoniaques dans l'art*, *op. cit.*, p. 63.

(2) W. A. Frost, *Hysterical deviation : Brit. med. Journ.*, II, p. 1248, 1884. *Case of conjugate deviation of the eyes, downwards and right : Trans. ophth. Soc.*, V, 11 décembre 1884, et *communication par lettre* à M. Borel, le 11 juillet 1887.

Marie et Brissaud, dont nous parlerons en temps et lieu, se placent quelques cas rares de paralysie faciale vraie réunis récemment par M. Decoux (1) dans un travail inspiré par M. Ballet. Mais, dans tous, la paralysie faciale ne revêt pas les caractères de la paralysie périphérique; l'orbiculaire est respecté. Nous n'avons donc pas à nous occuper davantage, pour le moment tout au moins, de ces observations, puisque nous décrivons uniquement les paralysies des muscles de la vision.

M. Decoux s'est cependant demandé si l'orbiculaire ne pouvait pas être intéressé dans la paralysie faciale hystérique. Dans l'observation X (p. 64), qui lui est personnelle et qui est intitulée : « Paralysie faciale (droite) complète, d'origine hystérique? (*sic*); alcoolisme, absence de troubles sensitivo-sensoriels », il est dit : « Le malade ne peut fermer isolément que l'œil gauche. Quand il souffle, la joue se gonfle mieux à droite, et l'air sort avec plus de facilité de ce même côté. L'œil droit est plus ouvert que l'œil gauche, la paupière inférieure semble un peu renversée. Le sourcil droit paraît plus élevé que le gauche, et la paupière supérieure à droite, est plus large. » Il existe, en même temps, une hémiplégie droite plus marquée au bras, survenue trois jours auparavant, le matin au lever. Pas de syphilis. En tant que phénomènes qui pourraient être rapportés, avec beaucoup de bonne volonté toutefois, à l'hystérie, on note des sensations d'étouffement survenues à deux reprises différentes; par contre, absence totale de stigmates sensitivo-sensoriels. Et M. Decoux termine en disant : « Le cas est très complexe. On peut se demander si l'on est en présence, ou d'une paralysie hystérique, ou d'une paralysie organique. » Nous ne voyons pas, pour notre part, sur quoi l'on se fonderait véritablement pour attribuer cette observation à l'hystérie.

M. Lebreton (2) a publié un autre fait d'une interpré-

(1) Decoux, *De la paralysie faciale hystérique*. Thèse de Paris, juillet 1891.

(2) Lebreton, *Thèse citée*, 1868. Obs. XVI, p. 147.

tation un peu plus délicate, dans lequel une hystérique, à attaques, affectée de paralysie du bras gauche et d'analgésie, présentait du même côté tous les signes d'une paralysie faciale périphérique. L'œil gauche « était renfoncé dans l'orbite, la malade ne pouvait le fermer que très incomplètement. Or, un an auparavant, en juin 1865, à la suite d'un refroidissement, elle avait été prise d'une douleur à la région mastoïdienne gauche, douleur qui s'étendit le long du cou et de l'épaule. Au commencement de juillet, un matin, s'éveillant et voulant rire, la personne avec laquelle elle se trouvait lui fit remarquer que sa figure était de travers. » Il s'agissait donc, lorsque M. Lebreton l'observa, d'une paralysie faciale vulgaire qui n'avait rien à faire avec l'hystérie, bien que l'existence de celle-ci fût indéniable, à titre concomitant toutefois.



On a noté quelques faits de paralysie de l'*oculo-moteur commun;* presque tous, sinon tous, sont sujets à discussion.

Briquet (1) avait déjà vu l'amaurose hystérique « s'accompagner d'un affaiblissement inégal des muscles droits et obliques de l'œil ». Cette simple mention est trop incomplète pour entraîner notre conviction à l'encontre d'un spasme.

Lorsque la paralysie est limitée au releveur de la paupière, nous voyons encore se poser la question du diagnostic différentiel avec le blépharospasme.

M. Borel cite les faits suivants de blépharoptose « que les auteurs, dit-il, ont envisagée comme paralytique ».

J. France (2) et Canton (3) ont rapporté deux cas de ptosis hystérique qui nous paraissent douteux, le second tout au moins, dont M. Borel donne une courte descrip-

(1) Briquet, *op. cit.*, p. 294.
(2) J. France, *Case of ptosis : Guy's Hosp. Reports*, oct. 1849.
(3) Canton, *Hysterical ptosis : Westminster med. Soc.; Lond. med. Gaz* et *Ann. d'oculistique*, 1856, t. XXXVI, p. 88.

tion. Une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, hystérique irrégulièrement réglée, était atteinte de blépharoptose accompagnée de *douleurs lancinantes dans l'œil et dans la tempe*. Après un traitement resté sans succès, le ptosis disparut aussi subitement qu'il s'était développé, et deux semaines après survinrent les règles, qui durèrent dix jours. On n'avait constaté ni strabisme, ni *mydriase*.

La pupille était, par contre, un peu dilatée dans un cas de blépharoptose hystérique rapporté par Dusmani (1), dans lequel on ne songea pas d'ailleurs à établir le diagnostic différentiel avec le blépharospasme.

Nous ne pouvons accepter l'opinion de Schæfer (2), qui, dans une étude sur l'hystérie infantile, dit que, tandis que les paralysies du nerf facial ou de l'hypoglosse sont très rares, les paralysies de l'oculo-moteur commun et la paralysie isolée du muscle releveur de la paupière supérieure sont assez fréquentes chez les enfants. Tout ce que nous avons vu proteste contre cette opinion. Il n'est même pas rare d'observer, chez les enfants, le blépharospasme comme première et monosymptomatique manifestation de la névrose. C'est un fait qui a été bien mis en lumière par M. Parinaud.

Schæfer cite, d'ailleurs, le cas d'une petite fille de neuf ans, souffrant de *crampes généralisées*, qui fut prise d'un ptosis complet. Tous ces symptômes guérirent petit à petit, puis revinrent après une *nouvelle attaque de spasmes*. Une pression sur le nerf sus-orbitaire et l'ordre d'ouvrir l'œil firent disparaître ce singulier ptosis, que nous ne pouvons nous empêcher de traiter de blépharospasme.

Nous avons dit que M. Borel laissait la responsabilité

(1) Dusmani, *Cas de blépharoptose guéri par la lumière projetée par l'ophthalmoscope : Ann. d'ocul.*, t. LI, p. 268. — *Gazette des hôpitaux*, 14 mars 1862.

(2) Schæfer, *Ueber Hysterie der Kinder : Arch. f. Kinderheilk.*, *V Heft*, 3-10, 1884. Thèse de Leipzig. — Voy. aussi : Jacobi, *Jahrbuch f. Kinderkrank.*, 1876, p. 377. (*Fall v. neurotische* (*hyst.*) *rechseitiger Hemiplegie.*) *Americ. Journ.*, juin 1876.

de leur opinion aux auteurs des cas précédents qu'ils « envisageaient comme paralytiques ».

Par contre, il considère comme étant accompagnée de ptosis véritable une hémiplégie avec hémianesthésie chez un saturnin observé par MM. Charcot et Debove, et qu'il faut incontestablement rapporter à l'hystérie. L'examen des yeux fut pratiqué par M. Landolt (1).

Chez un homme de vingt-six ans, il survint, à la suite d'une attaque épileptiforme, un *ptosis gauche;* consécutivement à de nouvelles attaques, coma avec *déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite*, insensibilité, résolution générale, puis *contracture du côté gauche* et perte de la vision de ce côté. « Le 8 janvier, M. Landolt note pour l'œil gauche : cornée insensible, ne distingue que les mouvements de la main et ne reconnaît pas les couleurs; pour l'œil droit, compte les doigts à 4 mètres et demi; le champ visuel est rétréci et présente deux scotomes circulaires concentriques, l'un entre 25° et l'autre entre 40 et 70°. » L'application de l'aimant, à la Salpêtrière, fait disparaître tous ces phénomènes.

Or, nous savons qu'il faut attribuer particulièrement au spasme « la déviation conjuguée de la tête et des yeux » qu'on observe parfois chez les hystériques, et la *contracture* signalée du côté gauche nous permet d'émettre des doutes sur la nature du ptosis.

M. Borel cite un deuxième cas de Guttmann (2) dans lequel, outre d'autres symptômes légitimes de l'amblyopie hystérique, il existait des deux côtés une « paralysie de l'oculo-moteur commun (*ptosis complet à droite, moindre à gauche; paralysie du droit interne gauche et du droit supérieur, droit et gauche*) ». Les pupilles étaient normales. Or, la malade portait une zone hystérogène, siégeant au niveau d'une cicatrice du front, à droite; on fit l'excision de cette

(1) Landolt, *Troubles de la vision dans un cas d'hémiplégie saturnine : Ann. d'ocul.*, mars-avril 1880.

(2) Guttmann, *Ein seltener Fall v. Hysterie : Berl. klin. Wochens.*, n°s 28 et 29, 1869.

cicatrice et, plus tard, la résection, sans succès, du nerf sus-orbitaire.

Nous savons par les auteurs, A. Graefe, Zehender, Seelligmuller, et pour en avoir publié nous-même un exemple, que ces zones hystérogènes du pourtour de l'orbite s'accompagnent très souvent de blépharospasme.

D'ailleurs, M. Borel, qui, dans un premier mémoire (1), avait semblé considérer ce cas comme ressortissant à la paralysie, lorsqu'il disait : « J'ai trouvé dans le *Gesammte Augenheilkunde de Graefe-Sæmisch* un cas de *paralysie hystérique* des divers muscles innervés par le nerf oculo-moteur commun », le classe définitivement dans les spasmes.

En effet, dans un mémoire ultérieur (2), nous lisons ce qui suit : « Le strabisme hystérique, dont il existe peu de cas bien observés, peut survenir isolé ou accompagné d'autres manifestations de la diathèse. On le voit s'ajouter à l'hémispasme facial glosso-labié de M. Charcot, ainsi que nous en avons trouvé deux cas (dont celui de Guttmann), sous un autre nom, dans la littérature.

« Cette participation des muscles oculaires à l'hémispasme complétera le syndrome possible de la participation des muscles de la face dans l'hémiplégie hystérique; on n'avait jamais, avant nous, attiré l'attention sur cette complication. MM. Charcot, Marie et Brissaud ont montré que cette participation de la face se traduisait par un spasme facial du même côté ou du côté opposé : or, nous sommes à même d'affirmer, grâce au cas de Guttmann que cet auteur *avait donné pour une paralysie du moteur oculaire commun,* que l'hémiplégie hystérique peut se compliquer d'un *hémispasme oculo-glosso-labié* où le strabisme spastique vient s'ajouter à la contracture du zygomatique et de la langue. »

Le seul cas de paralysie de l'oculo-moteur commun qui

(1) Borel, *Affections hystériques des muscles oculaires : Arch. d'ophth.*, nov.-déc. 1886, p. 529.

(2) Borel, *Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduc-*

nous paraisse en dehors de toute contestation est celui qui a été communiqué par M. Parinaud à M. P. Richer (1). Nous ferons remarquer cependant qu'il date de dix ans, c'est-à-dire d'une époque où l'on ne serrait pas d'aussi près qu'aujourd'hui le diagnostic différentiel entre la paralysie et le spasme. Il y avait ptosis paralytique; *paralysie de l'accommodation, paralysie incomplète du droit interne et du droit inférieur*. « L'œil droit, dit M. Parinaud, offre une dilatation de la pupille, au maximum, avec une paralysie de l'accommodation qui me fait songer d'abord à une mydriase atropinique. Mais l'exploration de l'œil révèle d'autres symptômes paralytiques de la troisième partie qui font écarter la simulation. Outre un léger ptosis, il y a, dans la moitié gauche du champ visuel, de la diplopie croisée offrant le caractère d'une paralysie incomplète du droit interne et du droit inférieur. »

On comprend la valeur qu'acquiert la *mydriase* dans des cas d'interprétation aussi difficile.

La dilatation permanente de la pupille est du reste fort rare dans l'hystérie, de même, d'ailleurs, que le myosis, dont cependant M. Galezowski (2) a rapporté une bonne observation dans laquelle il s'agissait de « contracture hystérique de l'iris et du muscle accommodateur avec myopie consécutive ». L'auteur insiste même sur ce fait que « la myopie spasmodique provoquée par des accidents hystériques est un fait unique en son genre, et nous ne croyons pas, dit-il, qu'on en ait observé d'autres avant celui-ci (3) ».

La mydriase et le myosis s'observent surtout comme phénomènes transitoires dans les attaques, lors de la

tion par la suggestion hypnotique, op. cit. : Ann. d'ocul., nov.-déc. 1887, p. 5 du tirage à part.

(1) P. Richer, *Paralysies et contractures hystériques*. Mémoire inédit, 1883, obs. XXXV.

(2) Galezowski, *Progrès médical*, t. VI, 1878, p. 39.

(3) M. le professeur Debove a présenté à la *Société médicale des hôpitaux*, dans la séance du 12 décembre 1890, un homme de trente-cinq ans atteint de *paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs d'origine hystéro-traumatique*. M. Babinski émit l'hypothèse d'une simple coïncidence. Il

période hallucinatoire, comme nous l'avons vu dans les états de mal à forme céphalalgique ou pseudo-méningite : nous en avons parlé à ce propos.

D'autre part, on a observé certains cas dans lesquels la pupille droite, par exemple, était dilatée après avoir été les jours auparavant en myosis par contracture. Cette contracture antécédente de la pupille, dans ces cas particuliers, pourrait bien nous donner l'explication de certaines mydriases hystériques, sans qu'on fût obligé de faire intervenir la paralysie vraie du constricteur de l'iris.

Nous apprendrons bientôt que la contracture d'un membre s'accompagne toujours d'un degré marqué de parésie, surtout appréciable dans les instants qui suivent la cessation de la contracture. Même lorsque celle-ci a complètement disparu, pendant les quelques jours suivants, on note, au dynamomètre, si elle a siégé au membre supérieur, une diminution très nette de la force musculaire. Or, on conçoit que, en pareille circonstance, pour la pupille, la mydriase doive s'établir presque fatalement, pendant quelque temps tout au moins, par la tonicité seule du dilatateur, sans qu'on puisse invoquer une paralysie du constricteur qui vient d'être contracturé.

On comprend que la mydriase monolatérale ou bilatérale puisse encore se produire dans l'amaurose absolue d'un œil ou des deux yeux par absence du réflexe lumineux, qui agit nettement à l'état normal sur la contraction pupillaire. Nous ne pouvons nous prononcer, toutefois, sur la valeur de ce signe, car nous avons dit que, outre que les cas d'amaurose, totale au moins, ne sont pas fréquents, on n'y avait pas toujours noté exactement l'état des pupilles.

Enfin, nous ajouterons qu'un des maîtres de l'ophthalmologie française a signalé la mydriase spasmodique dans l'hystérie.

s'agissait d'une association hystéro-tabétique, ainsi que le démontra l'autopsie faite par M. P. Blocq (*communication orale*) à la *Clinique des maladies du système nerveux,* où le malade succomba.

« La forme *spasmodique* de la mydriase, dit Giraud-Teulon (1), est peut-être plus difficile à distinguer (que la forme paralytique); elle suppose un état irritatif du système ganglionnaire. On la rencontre, en effet, comme symptôme de l'helminthisme, de l'*hystérie,* de l'hypocondrie. »

M. Duboys (2) a peut-être observé un cas analogue que M. Borel n'hésite pas, d'ailleurs, à faire entrer dans les spasmes. Il a vu, le 12 septembre 1883, une jeune fille de dix-sept ans atteinte successivement de troubles de la vue, de *diplopie*, de *convulsions cloniques* de l'œil; trois jours plus tard, survenait la *mydriase double complète,* avec un rétrécissement du champ visuel, une hémianesthésie et une anesthésie pharyngienne. Douze jours après, tous ces symptômes disparurent.



On observe également, parfois, dans l'hystérie, une *insuffisance de convergence* qui ne lui est pas particulière, d'ailleurs, puisqu'on l'a notée aussi dans la maladie de Graves, la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice et la neurasthénie. Le sujet présente alors la série des phénomènes qui rentrent dans la description de la *kopiopie*.

Cette insuffisance de convergence, qui, à son degré le plus élevé, peut s'accompagner de diplopie, paraît devoir être attribuée rationnellement à l'*insuffisance des droits internes*. Nous nous trouverions donc en présence d'une paralysie de ces muscles. Mais les rapports de l'insuffisance de convergence avec les autres troubles moteurs des yeux sont si multiples, que nous ne rencontrons, dans l'hystérie, cette insuffisance que très rarement isolée des autres localisations sur les muscles des yeux ou de la face.

(1) Giraud-Teulon, art. *Mydriase* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(2) Duboys, *Paralysie de l'accommodation avec amblyopie de cause hystérique : Bulletin de la Clinique des Quinze-Vingts*, juillet-septembre 1883.

M. Fieuzal (1) a observé une jeune fille de dix-sept ans atteinte d'amblyopie hystérique, chez laquelle il y avait une « légère insuffisance des muscles droits internes qui lui occasionnait une diplopie assez génante ». Et l'auteur ajoute presque aussitôt : « Quelques mouvements choréiformes se remarquent dans les muscles de la face. » Le spasme est donc encore là, au moins associé à la paralysie.

Dans beaucoup des observations que nous avons analysées, on note également cette insuffisance de convergence, et presque toutes, sinon toutes ces observations ont trait, nous l'avons vu, à des spasmes des muscles oculaires. Il en est de même dans un cas de von Reuss (2), dans lequel une insuffisance très marquée des droits internes s'alliait avec un blépharospasme intense et une amblyopie transitoire à rechutes.

Signalons donc dans l'hystérie, sans y insister davantage, la fréquence des phénomènes de kopiopie, quelle qu'en soit la cause immédiate, toujours difficile à apprécier.



Existe-t-il des paralysies hystériques de la sixième paire qui innervent l'*oculo-moteur externe* (3)?

Dans le compte rendu du service de M. Parinaud à la Salpêtrière, pour l'année 1888, M. Morax s'exprime en ces termes, que nous avons déjà rapportés, d'ailleurs :

« On constate encore, mais plus rarement (que la contracture de l'accommodation), chez les hystériques, des troubles des muscles moteurs des paupières et des globes oculaires d'une nature particulière, qui tiennent tantôt de la contracture, tantôt de la paralysie, sans qu'il soit tou-

(1) Fieuzal, *Amblyopie hystériques. Progrès médical,* 1879, n° 1, p. 3.

(2) Von Reuss, *Opht. Mitheilung. aus der Zweiten Augen : Wien med. Presse,* 1885, n°s 33 et 39.

(3) M. Borel n'a pas noté de paralysie ou de contracture *isolées* du grand oblique innervé par la quatrième *paire.*

jours facile de préciser quel est celui de ces états qui domine. »

Parmi les soixante-dix-neuf cas examinés, « nous trouvons quatre cas où les mouvements des globes oculaires sont intéressés.

« Dans le cas n° 65, il s'agit d'une *paralysie de la divergence,* qui est une modalité de la *paralysie de la convergence* signalée par M. Parinaud (1). Cette paralysie, qui paraît relever de la lésion d'un centre spécial, se distingue, entre autres caractères, par une diplopie particulière. Les images homonymes ou croisées, suivant que c'est le mouvement de convergence ou de divergence qui fait défaut, persistent, sans modifications notables de l'écartement, dans toutes les directions du regard. Il est difficile de déterminer, dans le cas actuel, si le défaut de divergence *tient à de la contracture du mouvement de divergence ou à une paralysie proprement dite du mouvement de divergence.*

« Le n° 43 est un exemple de paralysie associée ou conjuguée des deux sixièmes paires, c'est-à-dire intéressant les deux yeux pour la direction du regard à gauche ou à droite. Les cas de ce genre ne doivent pas être confondus avec le précédent (paralysie de la divergence). La diplopie n'offre pas les mêmes caractères. Contrairement à ce qui se passe dans la paralysie de la divergence, le défaut de mouvement est appréciable objectivement; il y a parfois un strabisme manifeste. »

Ainsi donc, M. Parinaud a au moins observé un cas de paralysie de la sixième paire, paralysie associée, comme il est de règle, suivant lui, en matière d'hystérie.

M. Borel en a relevé deux autres. Le premier appartient à Duchenne (2), de Boulogne. La paralysie, qui affectait le moteur oculaire externe droit et s'accompagnait de diplopie, quitta cet œil pour affecter le *moteur oculaire externe du côté gauche.* Il s'agit là d'une de ces paralysies

(1) *Société d'ophthalmologie,* 27 avril 1886.

(2) DUCHENNE, *Paralysie du moteur oculaire externe dans l'hystéricisme : Gazette des hôpitaux,* 24 juillet 1875, p. 682.

alternantes aussi peu fixes que les spasmes eux-mêmes.

Le deuxième cas appartient à M. Borel lui-même et a fourni à son auteur, qui l'a présenté à M. Charcot, l'objet d'une étude fort intéressante et des plus consciencieuses. Il s'agissait d'une *parésie du droit externe du côté droit;* bientôt survint une parésie du droit externe gauche qui détermina un strabisme convergent de huit degrés de l'œil correspondant. Pour remédier à la diplopie, — à cette époque les stigmates hystériques étaient (chez la malade) aussi peu accusés que possible, — M. Landolt pratiqua sur l'œil gauche un avancement musculaire, avec résection du droit externe, mais sans ténotomie de l'antagoniste; immédiatement après, on a une divergence, et au bout d'une heure un strabisme convergent, avec une diplopie verticale de quatre degrés, l'œil gauche étant plus bas. Quelques jours plus tard, on notait une hémianesthésie du visage à gauche, une anesthésie de la moitié externe de la conjonctive de l'œil gauche et de la moitié interne de l'œil droit, et un rétrécissement concentrique prononcé du champ visuel. Le diagnostic d'hystérie n'était plus douteux. Le phénomène dominant fut, en somme, *une parésie du droit externe de l'œil droit et un affaiblissement des muscles internes.*

M. Borel apprécie lui-même ainsi qu'il suit le cas qu'il a si scrupuleusement étudié : « Cette observation est des plus singulières et des plus compliquées; ce qui la caractérise, c'est la combinaison et l'alternance de parésie et de spasmes des différents muscles oculaires. Ainsi, la diplopie verticale qui a suivi immédiatement l'avancement musculaire était, sans aucun doute, attribuable à une contracture spastique, puisqu'elle a disparu spontanément peu de temps après, ce qui n'aurait pas été le cas si elle avait été le fait d'une insertion vicieuse du muscle opéré. De même, le strabisme convergent, qui a augmenté pendant quelques jours, malgré l'avancement du droit externe, et alors que ce muscle était encore fixé avec des sutures au bord de la cornée, ne pouvait être attribué qu'à une contracture du droit

interne. Ce strabisme disparut également par la suite, comme cela arrive généralement dans les contractures hystériques. »

Tous ces caractères, ainsi que l'alternance de la paralysie, qu'on retrouve également dans le cas de Duchenne, paraissent à M. Borel bien spéciaux à l'hystérie, en regard des paralysies vraies, organiques, qui sont beaucoup plus fixes, et dans lesquelles le spasme secondaire ne se montre jamais avec autant d'intensité. Le *degré de la limitation*, indiqué par le champ de fixation, et le *degré de strabisme*, présentent également des variations subites toutes particulières.

En fin de compte, et toujours à propos de son observation, M. Borel en arrive à se demander s'il existe un type vraiment pur de la paralysie hystérique des muscles de l'œil : « Les spasmes musculaires apparus au moment de l'opération, persistant alors que toute parésie avait disparu, ont eu, par conséquent, une influence dans tout le cours de ce strabisme, et *nous ne saurions dire qui, de l'affaiblissement du droit externe ou de la contracture de son antagoniste, a joué le plus grand rôle...* » La parésie serait donc toujours accompagnée d'un spasme, ces deux symptômes se masquant l'un l'autre en rendant le diagnostic impossible sans un examen complet. M. le professeur Schweiger (1), de Berlin, a décrit « quelques cas de strabisme hystérique, et arrive aux mêmes conclusions ».



Jusqu'à présent, nous avons étudié des observations rares et souvent discutables de paralysies isolées ou associées des divers muscles de l'œil. Existe-t-il des cas probants d'*ophthalmoplégie?*

M. Lebreton semble avoir observé l'ophthalmoplégie totale; mais, outre qu'il n'en donne pas d'observation, sa

(1) SCHWEIGER, *Klinische Untersuchungen über das Schielen : Eine Monographie*, Berlin, 1881, Hirchswald.

description paraitra singulièrement manquer de précision. « La paralysie des muscles moteurs de l'œil, dit-il (1), est encore moins connue (que sa contracture). Elle se caractérise par l'*immobilité complète du globe oculaire* et par des troubles assez singuliers dans la vision. La pupille peut être dilatée, irrégulièrement arrondie et presque immobile; mais ce qu'il y a de curieux, c'est que la malade se trompe dans l'appréciation de l'étendue, de l'éloignement et de la grandeur absolue des objets. Elle peut exagérer ou méconnaître les mouvements et l'immobilité, et cependant elle voit les objets avec leur couleur et leur éclairage naturels. »

M. Lebreton cite également une observation de Ceccarelli (2). « On peut, dit-il, aussi bien rapporter la cause de la paralysie au rhumatisme qu'à l'hystérie. » Ce qui prouve au moins que le fait est des plus discutables.

M. Borel pensait avoir rencontré dans la littérature médicale un cas d'ophthalmoplégie totale, hystérique, appartenant à M. Kœnigstein (3); mais cet auteur eut l'obligeance de lui écrire, sur sa demande, « qu'il ne pouvait considérer l'hystérie comme étant en cause ici ».

En 1888, M. Ballet, dans un intéressant mémoire (4), a étudié « l'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leur rapport avec le goitre exophthalmique et l'hystérie ». Il rapporte quatre observations.

Dans trois, il y avait association de l'hystérie avec le goitre exophthalmique; dans une, l'hystérie était seule en cause. Nous ne retiendrons que cette dernière, qui appartient à Bristowe, et la première, qui a été recueillie par Ballet. L'ophthalmoplégie, dans le premier cas, bien qu'il y eût association avec le goitre exophthalmique, nous semble tout

(1) Lebreton, *op. cit.*, p. 107.

(2) Ceccarelli, *Paralysie des quatre muscles droits et de l'élévateur de la paupière supérieure : Journal de Bruxelles*, 1863.

(3) Koenigstein, *Augenmuskelnlähmungen*, *Heft*, *aus der Wien. Klin.* Wien, 1885.

(4) Ballet, *Revue de médecine*, p. 337 et 513, 1888.

à fait appartenir à l'hystérie, car elle présente des caractères spéciaux sur lesquels, nous allons le voir, M. Parinaud a attiré l'attention. On lit dans l'observation de M. Ballet : « A propos de cette ophthalmoplégie, une particularité mérite d'être relevée. Lorsqu'on examine les yeux du malade sans provoquer son attention et sans l'obliger soit à vous regarder, soit à fixer un objet, on constate que le globe oculaire n'est pas constamment fixe, mais exécute de temps en temps de petits mouvements en divers sens. Ces mouvements, quelque limités qu'ils soient, deviennent, au contraire, impossibles dès que le malade *veut* suivre un objet. Il semble donc qu'il y ait abolition totale des mouvements *volontaires* des muscles de l'œil et conservation au moins partielle de certains mouvements automatiques et réflexes. » Le releveur de la paupière était respecté ; pas de mydriase.

Dans l'observation de Bristowe, il y avait *ptosis double; immobilité à peu près complète des globes oculaires sans mydriase;* accommodation parfaite. « En lisant, la malade portait horizontalement le livre devant les yeux, de manière à placer successivement chaque mot dans l'axe visuel. On constatait, à cette époque, ce qu'on avait déjà remarqué quand la malade venait à la consultation externe, que, alors qu'il lui était impossible d'exécuter avec les yeux le moindre mouvement *volontaire, elle exécutait cependant, de temps en temps, des mouvements automatiques.* »

Ces caractères, que Bristowe et Ballet ont signalés, M. Parinaud les notait également sur des malades du service de M. Charcot, et les considérait comme caractéristiques de l'ophthalmoplégie hystérique.

« Le n° 66, dit M. Morax (1), est atteint d'une forme d'ophthalmoplégie externe que M. Parinaud regarde comme spéciale à l'hystérie et qu'il désigne du nom d'*ophthalmoplégie hystérique* pour la distinguer des autres formes. Les malades sont dans l'impossibilité de regarder à gauche, à

(1) *Compte rendu du service ophthalmologique* pour l'année 1888, *op. cit.*

droite, en haut, en bas, tandis que les mouvements réflexes ou inconscients paraissent s'exécuter assez facilement. Il se passe, dans les mouvements des globes oculaires, quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour la motilité des membres inférieurs dans l'abasie.

« Le n° 67 nous offre aussi un exemple d'ophthalmoplégie externe, mais moins sûr que le précédent. L'ophthalmoplégie est complète, et il y a prédominance de la paralysie du droit externe gauche avec strabisme. Ce malade présente, en outre, un trouble du mouvement des paupières assez singulier. Il semble y avoir une paralysie incomplète des deux antagonistes, le releveur et l'orbiculaire. Si on lui commande d'ouvrir l'œil, la paupière n'exécute aucun mouvement. Si on lui dit de la fermer énergiquement, le plissement de la peau est très incomplet. »

Notre maître, M. F. Raymond (1), a présenté à la *Société médicale des hôpitaux*, le 26 juin 1891, en son nom et en celui de M. Kœnig, chef de clinique de M. Parinaud, l'histoire d'un hystérique dégénéré qui, entre autres troubles de la motilité, offrait les signes de l'ophthalmoplégie externe.

« Les paupières sont tombantes et aux trois quarts fermées, les globes oculaires sont dans l'abaissement. Les yeux du malade présentent l'immobilité des muscles intrinsèques de l'œil qui constitue l'ophthalmoplégie externe. Toutefois, elle n'est pas permanente, elle n'existe que pour les mouvements intentionnels et provoqués; s'il s'agit de mouvements inconscients, cette immobilité disparaît. Les pupilles dilatées ont leurs réactions normales. Achromatopsie. Micromégalopsie. Rétrécissement du champ visuel à 55° des deux côtés. Convergence nulle.

« Nous désignerons — disent les auteurs — sous le nom d'ophthalmoplégie hystérique les troubles de la motilité

(1) Raymond, *Dissociation de la motilité chez un malade hystérique dégénéré : Société médicale des hôpitaux*, 26 janvier 1891. Analysé *in Mercredi médical*, n° 26, 1er juillet 1891, p. 332.

oculaire, *bien qu'il ne s'agisse pas d'une paralysie vraie des muscles*. Déjà, M. Parinaud avait remarqué cette abolition des seuls mouvements volontaires de l'œil; le premier fait a été signalé dans une observation de Ballet et une de Bristowe. Il s'agit, en somme, chez notre sujet, d'une ophthalmoplégie externe totale, intéressant le releveur de la paupière et toute la musculature externe du globe oculaire; il n'y a pas de symptômes d'ophthalmoplégie interne. »

On le voit par les observations précédentes, l'ophthalmoplégie externe offrirait, chez les hystériques, des caractères particuliers qui permettraient de la différencier du même syndrome de nature organique. Ils consisteraient surtout dans l'abolition des mouvements volontaires provoqués et dans la conservation des mouvements inconscients. A ce titre, on ne saurait admettre, disent MM. Raymond et Kœnig, « une paralysie vraie des muscles ». En outre, dans aucun des quatre cas rapportés, il n'existait de mydriase : ce phénomène négatif est important, dans l'espèce, au point de vue d'une paralysie vraie ; de plus, l'ophthalmoplégie reste *externe*, sans être *interne* ou *totale*.

De cette longue discussion nous conclurons que, à l'instar de ce qui se passe pour les autres muscles de la face, les muscles de l'appareil de la vision sont frappés de contracture dans des proportions telles, qu'il est à se demander si l'on doit admettre leurs paralysies. Celles-ci, lorsqu'elles existent, — outre les phénomènes presque constants d'amblyopie qu'elles partagent avec les contractures, — s'accompagnent encore plus fréquemment de spasmes secondaires que les paralysies organiques; elles sont, de plus, *associées* et très fréquemment *alternantes*.

Les recherches entreprises, à la Salpêtrière, par M. Borel avec M. Babinski et nous-même, ont permis de reproduire assez facilement par suggestion le blépharospasme, la déviation conjuguée, le *strabisme convergent,* pour lequel l'hystérie semble, cliniquement, avoir une prédilection

marquée. Nous avons également pu reproduire, mais beaucoup plus difficilement, le *strabisme divergent*.

Or, dans tous ces cas il s'agissait de spasmes, et non de paralysies; *pour les muscles de l'œil comme pour les muscles de la face, on a beau suggérer au malade la paralysie, c'est toujours le spasme qui apparaît* (1).

(1) Dans un très intéressant mémoire que nous regrettons d'avoir trop tardivement connu (*Du strabisme hystérique. Bulletin médical du Nord*, n° 3, 1891) M. F. de Lapersonne, professeur d'ophthalmologie à la Faculté de Lille, arrive à des conclusions analogues à celles qui se dégagent de ce chapitre. Le strabisme hystérique est rare; il affecte surtout les jeunes sujets, novices de l'hystérie, sans attaques, ce qui n'aide pas beaucoup le diagnostic. Il faut se méfier du *strabisme concomitant* et ne pas l'attribuer à la névrose. La réfraction hypermétropique presque toujours notée en est une des causes les plus fréquentes. C'est surtout un *strabisme interne spastique* qui s'accompagne de contractures fibrillaires des paupières, de mouvements irréguliers du globe, de douleur frontale et par-dessus tout de conservation de la force musculaire du droit externe. (G. T.)

CHAPITRE DIXIÈME

DIATHÈSE DE CONTRACTURE ; AMYOSTHÉNIE ; TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES.

LA DIATHÈSE DE CONTRACTURE. — Recherches de M. Charcot et de M. P. Richer; Brissaud, Ch. Richet, Ballet et Delaneff. — Sa fréquence d'après M. P. Berbez. — Généralisée ou partielle. — Siège surtout du côté hémianesthésique. — Procédés d'investigation ; de traitement. — Il ne faut pas laisser trainer les contractures. — Étude électrique des muscles en puissance de contracture, par M. P. Richer.

LA DIATHÈSE D'AMYOSTHÉNIE. — Procédés d'investigation. — Emploi du dynamomètre. — Partielle ou généralisée. — Troubles sensitifs superposés. — Etude de la réflectivité. — Périodes d'augment et de décroissance.

DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES. — Leur connaissance est de date récente — *Période historique : Ch. Lepois* (1618); *Carré de Montgeron ; J. Frank* — Briquet, Homolle, Chambard, G. Sée, Axenfeld et Huchard, Ormerod. — *Période actuelle* : Charcot; Letulle et le tremblement mercuriel. — Pitres. — Rendu. — *La thèse de M. Dutil*, 1891. — *Considérations générales.* — Fréquents surtout chez l'homme. — Modes d'apparition et de disparition. — Généralisés; partiels. — Durée. — Polymorphisme. — *Classifications de M. Charcot et de M. Dutil.*

Tremblements vibratoires ou à oscillations rapides. — Description : étude graphique. — Imitent le tremblement de la *maladie de Basedow* ; le *tremblement alcoolique* et celui de la *paralysie générale.*

Tremblements de rhythme moyen. — a. Tremblement rémittent intentionnel (type Rendu). — Existe ou non au repos, exagéré par les mouvements volontaires. — Imite parfaitement le *tremblement mercuriel* et imparfaitement le *tremblement de la sclérose en plaques.* — b. Localisé aux membres inférieurs : imite l'épilepsie spinale des paraplégies spasmodiques. — c. Tremblement intentionnel pur. — Imite *exactement* le tremblement de la sclérose en plaques. — La pseudo-sclérose de Westphall doit rentrer dans le cadre de l'hystérie. — Buzzard et sa réaction contre les idées actuelles.

Tremblements lents. — Persistant au repos ; peu ou pas modifiés par les mouvements volontaires. — Imitent la *paralysie agitante* et le *tremblement sénile.* — La *pseudo-paralysie agitante* d'Oppenheim doit rentrer dans le cadre de l'hystérie.

Tremblements à classer. — Difficultés de diagnostic. — Tremblements

chez les épileptiques. — Secousses musculaires, tics et spasmes rhythmiques.

I

Les diverses modifications de la sensibilité que nous avons étudiées tiennent, en fréquence, le premier rang parmi les stigmates permanents constitutifs de l'hystérie interparoxystique. Immédiatement après, nous devons placer les troubles de la fonction musculaire désignés par M. Charcot sous le nom de *diathèse* ou d'*état d'opportunité de contracture,* et dont il a le premier donné la description dans ses leçons sur les *Localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière* (1).

Cet état n'est pas particulier à l'hystérie; il existe dans toutes les affections organiques qui se traduisent par une hyperexcitabilité réflexe du faisceau pyramidal. De ce fait même, raisonnant par analogie, on a pu, dans l'hystérie, affection à lésions encore inconnues, en donner une interprétation pleinement basée sur le contrôle anatomique. Mais la névrose lui donne un cachet si spécial qu'il est nécessaire de l'étudier à part.

Comme il arrive bien souvent, la clinique avait encore, ici, devancé la pathologie. Cependant, elle nous faisait connaître bien plus les manifestations de cet état que l'état lui-même, la diathèse de contracture. Dès 1837, Brodie remarquait avec quelle facilité survenaient, chez les hystériques, des contractures au sujet des causes les plus banales en apparence.

Duchenne (de Boulogne) (2) parle d'un état de parésie hystérique s'accompagnant de contracture temporaire provoquée d'une manière réflexe par une émotion, une excitation quelconque, et qui se rapporte, évidemment, à la diathèse de contracture.

(1) In-8°, 13e leçon, 1876-1880.
(2) *De l'électrisation localisée*, 3e éd., Paris, 1872, p. 721.

Une malade avait le membre supérieur droit considérablement affaibli, ce qui ne l'empêchait pas de s'en servir pour des usages manuels légers, le travail à l'aiguille, par exemple. « Mais lui fallait-il faire un effort pour lever un fardeau, pour serrer fortement la main, tous les muscles fléchisseurs des doigts, du poignet et de l'avant-bras sur le bras, se contracturaient avec une force extrême, d'une manière continue, pendant plusieurs heures. Chez cette malade, la contracture des muscles extenseurs du pied sur la jambe durait depuis plus d'une année. »

En 1871, dans une leçon faite à la Salpêtrière (1), M. Charcot rapportait des faits de contracture réflexe susceptibles de la même interprétation, suivi en cela par Lasègue, qui, en 1878, dans un mémoire sur les *hystéries périphériques*, donnait de nouvelles observations du même ordre.

En 1880, M. Brissaud, dans sa thèse inaugurale (2), montrait que, chez les hémiplégiques, cet état d'opportunité de contracture était dû à la sclérose descendante du faisceau pyramidal.

La même année, en collaboration avec M. Ch. Richet (3), il publiait, dans le *Progrès médical,* un mémoire que l'on peut considérer comme fondamental dans la matière.

En 1882, MM. Ballet et Delaneff (4); en 1883, M. Brunet (5) apportaient leur contribution à l'étude de la diathèse de contracture. Signalons encore une observation de M. Lecoq (6), dans laquelle le sujet présentait de l' « hyperexcitabilité musculaire hors de l'état d'hypnotisme ».

(1) *De l'influence des lésions traumatiques sur les phénomènes d'hystérie locale,* publiée par le *Progrès médical,* 3 mai 1878, p. 335.

(2) *Recherches sur la contracture permanente des hémiplégiques.* Thèse de Paris, 1880.

(3) Brissaud et Ch. Richet, *Faits pour servir à l'histoire des contractures : Progrès médical,* 1880, p. 365, 449, 466.

(4) *De l'état d'opportunité de contracture : Gazette médicale de Paris,* 29 juillet 1882.

(5) *Étude clinique et physiologique de l'état d'opportunité de contracture.* Thèse de Paris, 1883.

(6) Lecoq, *Contracture permanente des membres inférieurs et pied bot*

Vient ensuite la thèse de M. Descubes (1), élève de M. Pitres, qui a lui-même consacré à la contracture provoquée une excellente leçon (2).

Enfin, M. Charcot (3) a encore étudié cette question avec notre ami M. Paul Richer, qui lui a donné d'importants développements dans son mémoire *inédit* sur les *Paralysies et les contractures hystériques,* qui remporta le prix Civrieux à l'Académie de médecine en 1883, et auquel nous avons fait de nombreux emprunts.

« Cet état, dit M. P. Richer, n'est ni la paralysie ni la contracture, et cependant il tient un peu de l'une et de l'autre. Il ne se traduit extérieurement par aucun signe objectif; le malade conserve toute la liberté de ses mouvements, et les manifestations de cet état spécial, que nous désignons du nom de *diathèse de contracture,* demandent à être provoquées soit par les recherches du médecin, soit par un accident fortuit. Cet état tient de la paralysie en ce qu'il coïncide le plus souvent avec un affaiblissement musculaire; il tient de la contracture en ce qu'il suffit souvent de la cause la plus légère pour la faire apparaître. J'ajouterai qu'elle disparaît de même. »

La diathèse de contracture est fréquente chez les hystériques. M. P. Berbez(4), sur 70 malades, 43 femmes et 27 hommes, a trouvé 52 sujets susceptibles de se contracturer. La proportion comprenait 33 femmes et 19 hommes. Il a remarqué que la diathèse de contracture était, pour

hystérique; contractures passagères généralisées de tout le système musculaire lisse ou strié. Crises convulsives. Hyperexcitabilité musculaire hors de l'état d'hypnotisme : France médicale, mai 1882.

(1) P. Descubes, *Études sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille.* Thèse de Bordeaux, 1885.

(2) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme,* 1891, t. I, 29e leçon.

(3) Charcot et Paul Richer, *Diathèse de contracture : Société de biologie,* séance du 15 décembre 1883, publiée *in extenso* in *Progrès médical,* n° 51, 22 décembre 1883, p. 1034.

(4) *Sur la diathèse de contracture et en particulier sur la contracture produite chez les sujets hystériques (hommes et femmes) par les applications d'une ligature : Progrès médical,* n° 41, 9 octobre 1886.

ainsi dire, perfectible, puisque « tel sujet ne se contracturant pas, ou se contracturant faiblement, finissait par avoir une rigidité musculaire des plus accentuées ».

Le plus souvent, à l'instar de ce que l'on observe, du reste, pour la plupart des autres stigmates permanents, les malades ne se doutent guère que la diathèse de contracture existe chez eux. Certains, cependant, ont remarqué que, dans les mouvements brusques et violents, l'acte de lancer une pierre, par exemple, le bras avait de la tendance à rester contracturé dans la situation que l'effort musculaire lui avait fait prendre. C'est surtout l'investigation médicale qui, dans la majorité des cas, permet de la reconnaître.

Certains phénomènes peuvent aider le médecin à rechercher plus particulièrement sa présence vers tel ou tel groupe musculaire, car l'état de contracture est *généralisé* ou *partiel*. « En y regardant d'un peu près, dit M. Charcot, on reconnaît presque toujours que, du côté où cette contracture s'est développée, il existe une anesthésie plus ou moins nette, une douleur ovarienne, un certain degré de parésie, accidents relativement bénins, mais qui, tout porte à le croire, *ont précédé l'apparition de la contracture.* »

En parlant ainsi, notre maître formulait une des lois les plus constantes qui régissent l'évolution de l'hystérie, à savoir que presque toujours les stigmates permanents constitués par l'anesthésie, ou mieux les troubles de sensibilité en général, existent dans le domaine des muscles contracturables, auxquels ils se superposent. C'est là un fait capital dont nous avons tiré grand parti pour le diagnostic différentiel des contractures spécialisées des muscles de la face et du cou, et que nous mettrons plus loin en pleine valeur.



Pour déceler la présence de la diathèse de contracture dans un groupe musculaire, plusieurs procédés sont à mettre en œuvre. Ils peuvent se résumer dans l'excitation

du muscle ou du nerf qui le met en mouvement : excitation directe ou indirecte par action sur la peau (frôlement, souffle), ou par excitations psychiques. Ces dernières, bien étudiées par M. Descubes, correspondent aux différents modes de suggestion à l'état de veille.

Phénomène singulier, M. Pitres a montré qu' « il n'est pas nécessaire que les excitations cutanées soient perçues pour qu'elles déterminent des contractures musculaires. Je dois ajouter à ce sujet, dit-il, que, chez un bon nombre d'hystériques hémianesthésiques, les contractures consécutives aux excitations superficielles de la peau se produisent plus facilement du côté insensible que du côté sensible; quelquefois même on ne peut déterminer la contracture que par l'excitation du côté anesthésique. »

M. P. Richer, en dehors des excitations psychiques, classe ces diverses *façons* de produire la contracture ainsi qu'il suit : *a*) le massage musculaire profond; *b*) le choc répété sur les tendons; *c*) le tiraillement des membres; leur flexion brusque (contraction paradoxale); *d*) le froissement des nerfs; *e*) l'application du diapason vibrant; *f*) la faradisation des muscles ou des nerfs; *g*) l'aimantation, à l'aide de laquelle on peut, chez certains malades, transférer une contracture sur le côté opposé à celui où elle siège; *h*) le simple frôlement de la peau.

Ce dernier procédé a même conduit M. P. Richer à établir une *forme somnambulique* de la contracture qu'il oppose à la *forme léthargique* qu'on obtient par les autres moyens d'action. Il compare ces deux variétés aux deux formes de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire qu'on observe dans l'hypnotisme chez les hystériques. Toutefois, cette variété somnambulique est assez rare pour qu'il n'en ait observé qu'un seul cas. Nous l'avons rencontrée deux fois dans le service de notre maître, à la Salpêtrière; mais ces deux malades étaient plongées dans le somnambulisme hystérique prolongé ou état second, qui est un état pathologique de l'hystérie, alors que nous ne traitons en ce moment que de l'état général des hystériques normaux.

C'est un trait de plus à ajouter aux rapports si intimes qui unissent l'hystérie et l'hypnotisme, dont la forme somnambulique de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est un des meilleurs stigmates.

Ces considérations sont également applicables à la *forme cataleptique* de la contracture, qui a été observée une fois, chez une hystérique, par MM. Brissaud et Ch. Richet.

Quoi qu'il en soit, M. P. Richer ajoute que, « dans la grande majorité des cas, les deux variétés de diathèse de contracture se montrent à l'exclusion l'une de l'autre. Ce n'est que dans des circonstances extrêmement rares, dit-il, que nous avons pu voir, chez un même sujet, la contracture être également provoquée indistinctement par les procédés de l'une ou de l'autre catégorie. »

On peut aussi employer le dynamomètre de Burq dans la recherche de la diathèse de contracture ; on engagera alors le sujet à serrer de toutes ses forces, et l'on verra alors souvent, dans les cas où elle existe, la main rester contracturée sur l'instrument lui-même. C'est un moyen des plus simples, et que nous avons vu réussir presque toujours.

A ces divers procédés, qui ne sont pas également efficaces pour tous les sujets (car il existe des différences très marquées de réaction individuelle vis-à-vis de la malaxation des muscles ou de l'influence des excitations psychiques, par exemple, dans la production de la contracture), M. Berbez en a ajouté un autre qui mérite d'être pris en sérieuse considération, à cause des résultats rapides qu'il donne dans l'investigation clinique.

Si l'on applique une bande d'Esmarch à la partie moyenne de l'avant-bras d'une hystérique présentant la diathèse de contracture, on voit, au bout de peu de temps, surtout si l'on excite la fonction musculaire en faisant presser un dynamomètre, par exemple, se produire une contracture des muscles de l'avant-bras et du poignet. La main se met en flexion par suite de la prédominance des fléchisseurs. Cette expérience explique les cas de contrac-

ture dite réflexe, que l'on observait autrefois après certaines saignées qualifiées de malheureuses; l'opérateur n'y était pour rien, le terrain hystérique avait fait tout le mal.

Il ne faut pas que le lacs soit trop fortement serré, car, lorsque l'ischémie complète se produit, la contracture cesse : fait qui, cliniquement au moins, avait été indiqué par MM. Brissaud et Ch. Richet; ce n'est donc pas sur le compte de l'ischémie, bien au contraire même, qu'il faut placer la diathèse de contracture (1).

Lorsqu'on enlève la bande, trois phénomènes peuvent se produire, qui sont chacun, en particulier, autant de degrés dans l'intensité de la diathèse : la contracture disparaît, ou elle persiste, ou mieux encore elle se généralise.

Cette généralisation se fait plus ou moins rapidement; dans tous les cas, lorsqu'elle doit se montrer, elle ne tarde guère; car, le plus souvent, la bande n'est pas encore enlevée que la généralisation s'est effectuée. La généralisation peut se borner aux seuls muscles du segment supérieur du bras, mais elle peut aussi gagner les muscles du côté correspondant de la face, les muscles du tronc et ceux du membre inférieur. Presque toujours, il existe une hémianesthésie homologue concomitante. Parfois même, la contracture se généralise aux quatre membres et à la face ; ce phénomène s'observe spontanément dans les attaques de contracture qui seront décrites ultérieurement.

Si le côté hémianesthésique est souvent le siège de prédilection exclusif de la contracture, il n'en est pas toujours ainsi, et au bout d'un certain temps, surtout lorsque la diathèse a été mise spontanément en œuvre, à plusieurs reprises, par le malade, on la voit se généraliser à tout le corps; il existe là une sorte d'éducation inconsciente. Les excitations provoquées dans le but de la faire apparaître conduisent au même résultat.

(1) Rappelons que M. Pitres fait ainsi disparaître les zones hystérogènes des membres, preuve de la commune nature des stigmates permanents des hystériques.

M. P. Richer a noté que les membres qui en sont le siège ont leurs réflexes toujours exagérés; parfois même, il existe de la trépidation spinale. Il est inutile de nous attarder dans l'interprétation de ces phénomènes bien connus, que l'on retrouve dans toutes les variétés d'état d'opportunité de contracture dont la physiologie est établie sur les bases les plus solides. Toutefois, cet état de réflectivité exagérée ne comporte pas nécessairement l'état complet de diathèse de contracture ; il en est simplement l'ébauche ou le premier degré lorsqu'il existe seul.

Lorsqu'on enlève la bande d'Esmarch, on voit, le plus souvent, la diathèse de contracture disparaître d'elle-même ; un massage général des muscles, ou local de leurs tendons, des frictions répétées suffisent généralement lorsqu'elle tend à persister. Il en est de même lorsque la diathèse de contracture a sorti spontanément ses effets. Les hystériques de la Salpêtrière appliquent depuis longtemps ce procédé de traitement : lorsque l'une d'elles, à la suite d'une chute, par exemple, est prise d'une contracture d'un membre, ses camarades s'empressent de masser, ou mieux de malaxer les muscles rigides, et presque toujours elles arrivent à en rétablir les fonctions.

Ces massages, ces frictions, agissent par un mécanisme qui échappe encore à notre interprétation.

Mais lorsque la contracture, produite volontairement ou non, existe depuis quelque temps déjà, les massages doivent être poursuivis avec plus d'insistance. Souvent même ils échouent complètement. D'où l'axiome formulé en ces termes par M. Charcot : « *qu'il ne faut pas laisser traîner les contractures* », sous peine de les voir s'installer pendant des mois, sinon des années.

M. Paul Richer, dans son ouvrage inédit, a fait une étude électrique des plus intéressantes des muscles en puissance de la diathèse de contracture.

Il note d'abord qu'ils ont conservé leur excitabilité électrique; mais on observe, dit-il, dans leur façon de répondre à l'excitant électrique les modifications suivantes :

« A. — *Propagation de l'excitation électrique (interruptions rapides). Addition des secousses produites par des interruptions lentes.* — *a*). Lorsque les interruptions sont rapides, les muscles électrisés se tétanisent, comme il arrive chez les sujets sains; mais, chez l'hystérique, on observe parfois que la contracture musculaire ne reste pas localisée directement aux muscles excités. Ainsi, si l'excitation faradique est portée sur les fléchisseurs des doigts, la main se ferme presque aussitôt. Mais l'action ne se borne pas là. Bientôt, sans aucune modification apportée dans l'excitation, on voit le poignet, puis l'avant-bras, se fléchir. D'ailleurs, il ne s'agit pas là de contracture permanente, car toute action musculaire disparaît aussitôt que cesse l'excitation.

« *b*). Si les excitations sont lentes (trois par seconde), elles donnent lieu à des secousses musculaires qui, d'abord nettement distinctes, empiètent bientôt l'une sur l'autre et ne tardent pas à se confondre dans un même état de contraction tonique analogue à la tétanisation produite par la faradisation à interruptions rapides.

« B. — *Déformation de la secousse musculaire.* Les expériences d'inscription graphique de la secousse musculaire montrent que, chez les sujets prédisposés à la contracture, on observe souvent une déformation de la descente de la courbe musculaire caractérisée dans son ensemble par les allongements de cette descente. Dans une première partie, la descente est brusque, comme dans la contracture normale; puis elle s'arrête tout d'un coup pour faire place à un plateau plus ou moins accidenté, plus ou moins long, et terminé bientôt par un retour à la normale. Après cette secousse, le muscle est ce qu'il était auparavant (fig. 31).

« C. — Quelquefois une seule secousse faradique suffit pour produire la contracture permanente. Dans ce cas, la descente de la courbe reste incomplète, et le muscle demeure raccourci. Il est en état de contracture (fig. 32).

« D. — Mais, le plus souvent, il est indispensable de répéter un certain nombre de fois les chocs faradiques pour

voir la contracture permanente se développer progressivement. La contracture ne commence à se produire qu'après quelques excitations; puis chaque nouvelle excitation



Fig. 31. — Secousse faradique agissant sur un muscle faiblement contracturable. (P. Richer.)

en augmente le degré, ainsi que le représente la figure 33. Dans cette circonstance, la contracture ne se limite pas au muscle directement excité; elle envahit tout le membre par l'extrémité duquel elle débute d'ordinaire. »



Fig. 32. — Secousse faradique sur un muscle en état de diathèse de contracture. (P. Richer.)

Avant les recherches que nous venons d'exposer, MM. Brissaud et Ch. Richet avaient tiré de leurs investigations, faites aussi à l'aide de l'électricité, des conclusions

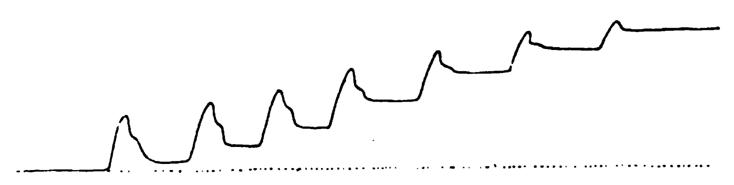


Fig. 33. — Secousses faradiques répétées sur un muscle en état de diathèse de contracture. (P. Richer.)

qui sont bonnes à connaître. « Le muscle en état de contracture, — disent-ils, — peut encore, lorsqu'il est excité par l'électricité, donner des secousses musculaires », par-

ticularité déjà indiquée par M. Onimus. « Le fait est facile à voir, même sans appliquer d'appareil enregistreur; il suffit de faire contracturer un muscle. Dans ce cas, on voit des secousses musculaires se produire à chaque excitation électrique.

« Il résulte de ce fait que la contracture n'est pas le raccourcissement maximum du muscle, et que c'est un état intermédiaire entre le tétanos physiologique maximum du muscle et son relâchement. Ce phénomène est indiqué par la courbe myographique du muscle. La ligne de contracture est intermédiaire entre la ligne de relâchement du muscle et le sommet des secousses musculaires volontaires. »

Ces remarques sont applicables à la clinique. « Remarquez, — dit M. Pitres, — que le membre supérieur droit de notre malade est resté dans la position dans laquelle il était placé avant d'être envahi par la contracture. Les doigts et le coude, qui étaient dans la demi-flexion au début de l'expérience, sont encore à demi fléchis; le poignet, qui était dans l'extension, est encore étendu. Cela prouve nécessairement que la contracture ne s'accompagne pas nécessairement d'un raccourcissement notable des fibres musculaires. »

Outre l'excitabilité qui persiste dans les muscles *contracturés* et disparaît dans les muscles *contractés,* on note encore que la température de ces derniers est comparativement plus élevée; enfin, MM. Brissaud et Regnard (1) ont constaté, en explorant le bruit musculaire à l'aide du microphone, que les muscles contractés produisent un bruit de roulement régulier et sonore, tandis que les muscles contracturés donnent un bruissement faible et inégal. Nous croyons inutile de nous avancer plus loin dans ce chapitre de physiologie pathologique, qu'on trouvera très bien traité dans la thèse de notre ami P. Blocq (2).

(1) *Société de biologie,* 1876.
(2) P. Blocq, *Des contractures.* Thèse de Paris, 1888.

*
* *

La diathèse de contracture a été particulièrement étudiée sur les muscles de la vie de la relation, où elle est facile à déterminer. Il ne nous paraît pas douteux qu'elle existe également sur les muscles de la vie végétative. La pathologie de l'hystérie nous offre de trop nombreux exemples de spasmes de l'œsophage et du sphincter vésical, en ne citant que ceux-là, pour ne pas voir encore dans ces phénomènes une manifestation de la diathèse de contracture.

« D'un jour à l'autre, la diathèse de contracture, dit M. P. Richer, peut subir des variations d'intensité. La contracture n'est pas toujours provoquée avec une égale facilité. Elle s'atténue avec la tendance à la guérison. Son augmentation d'intensité constitue une aggravation de la maladie. Elle prépare le terrain à la contracture spontanée qui se montre fréquemment et constitue, en quelque sorte, un phénomène avant-coureur de la contracture permanente. De même, après la guérison de la contracture permanente, la diathèse de contracture persiste encóre quelque temps, et sa présence rend compte des récidives si fréquentes » que l'on observe dans le cours de la vie pathologique de l'hystérique qui en est porteur.

Dans leur note à la Société de biologie, MM. Charcot et P. Richer, après avoir établi les rapports de superposition qui existent entre l'anesthésie et la diathèse de contracture, ajoutent ensuite : « Les relations de la diathèse de contracture avec l'amyosthénie sont les mêmes qu'avec l'anesthésie. On sait, d'ailleurs, que ces deux derniers symptômes vont habituellement de pair. Il n'est donc pas rare de rencontrer la diathèse de contracture sur des membres considérablement affaiblis, et dont l'affaiblissement confine quelquefois à la paralysie. »

Dans les cas précédents, l'amyosthénie précédait l'apparition de la contracture. Il en est d'autres où le membre

ayant antérieurement sa force normale, — ce qui est plus rare, — la contracture laissera également après elle une faiblesse plus ou moins considérable des parties qu'elle aura occupées activement.

Cette faiblesse, qui confine presque à la paralysie dans les premiers moments qui suivent la guérison, est très nettement appréciable au membre supérieur à l'aide du dynamomètre, en prenant garde toutefois de ne pas faire que la main se contracture à nouveau en serrant l'instrument. Ce qui prouve que cette faiblesse musculaire n'est pas la mise en œuvre directe de la diathèse de contracture elle-même, c'est qu'on la voit disparaître peu à peu les jours qui suivent, alors que la diathèse de contracture *persiste encore en puissance et en action* lorsque le membre a depuis longtemps recouvré sa force normale.

Ces phénomènes sont très importants à connaître ; ils jettent, nous l'avons dit, un jour nouveau dans la pathogénie de certains troubles des muscles de l'œil occasionnés par l'hystérie. C'est ainsi, par exemple, que certains cas de mydriase hystérique, considérés comme étant d'origine paralytique, pourraient bien, — étant donné surtout leur caractère essentiellement transitoire, — s'expliquer par la simple action de la tonicité normale du dilatateur en présence du constricteur précédemment contracturé, et dont les forces resteront épuisées quelque temps encore après la disparition de la contracture.

L'amyosthénie, que nous allons décrire, a donc des rapports étroits avec la contracture, comme l'anesthésie avec l'hyperesthésie, comme tous les stigmates permanents les uns avec les autres, bien que certains d'entre eux, paralysie et contracture, anesthésie et hyperesthésie, éveillent au premier abord, dans l'esprit, des idées tout à fait différentes.

II

A côté de la diathèse de contracture il est un autre phénomène qui mérite d'être classé parmi les stigmates permanents; nous voulons parler de l'*amyosthénie*. Sa notion est importante, car si le premier état prédispose de lui-même aux diverses contractures dont il donne la clef, le second est fréquemment l'avant-coureur de la paralysie, dont, en somme, il est l'essence même.

M. Charcot, dans son enseignement clinique, a souvent insisté sur cet état particulier d'impuissance musculaire dont M. Paul Richer a donné encore une excellente étude dans son mémoire inédit qui nous fournira la plus grande partie des matériaux de ce paragraphe.

Comme la majorité, sinon tous les stigmates permanents, l'amyosthénie veut être cherchée, l'hystérique appelant rarement l'attention sur ce phénomène, dont il ignore le plus souvent l'existence, même lorsqu'il est assez accusé.

Il en est, toutefois, qui font remarquer qu'une de leurs mains est devenue maladroite; qu'une de leurs jambes a de la tendance à fléchir spontanément, à se dérober sous le poids du corps; que le pied butte facilement, s'accroche par la pointe aux marches, quand ils gravissent un escalier.

Les procédés à mettre en œuvre pour constater l'amyosthénie, lorsqu'elle existe, sont des plus simples. En ce qui regarde les membres supérieurs, il suffira, le plus souvent, d'engager le sujet à serrer dans les siennes, séparément, les mains de l'expérimentateur. En tenant compte des différences qui existent toujours dans la force du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche, — la gaucherie possible étant présente à l'esprit, — on constatera facilement une inégalité plus ou moins grande entre

la pression que développent séparément les deux côtés. On se servira avec fruit, dans ces cas, du dynamomètre de Burq, dont l'emploi est courant à la Salpêtrière, et l'on pourra facilement et très exactement noter, en degrés, les différences, s'il y en a.

Pour ce qui est du segment supérieur du membre, on appréciera la force de résistance en plaçant le bras dans la flexion, puis dans l'extension, et l'on engagera le malade à résister à une traction destinée à replacer le membre dans une position indifférente.

Pour le membre inférieur, le pied sera placé alternativement en flexion et en extension ; de même pour le segment supérieur, et, par comparaison avec le côté opposé, on notera les différences de résistance qui peuvent exister.

L'amyosthénie peut être limitée à un segment de membre, la main par exemple, ou être généralisée au membre tout entier, et souvent, alors, elle envahit les membres supérieur et inférieur du même côté. La forme hémiplégique est donc fréquente ; la forme totale, comprenant les quatre membres, se voit aussi. Dans ces cas, on constate également que les muscles de la nuque et du cou sont atteints, la tête semblant trop lourde pour les épaules et pouvant être, pour ainsi dire, ballottée d'un côté à l'autre à des degrés d'intensité variable. Nous faisons actuellement abstraction, bien entendu, de ces faits d'anorexie ou de vomissements hystériques dans lesquels, par suite des troubles nutritifs, l'amyosthénie se montre dans des proportions inusitées.

Quel que soit le siège ou l'étendue de l'amyosthénie, M. Paul Richer fait remarquer, avec juste raison, qu'elle n'envahit que très rarement, pour ainsi dire jamais, un groupe musculaire à l'exclusion des antagonistes, par exemple. Si le membre supérieur est pris, l'impotence est aussi accentuée dans la flexion que dans l'extension. C'est ce qui explique que, dans les paralysies du membre inférieur, par exemple, il ne se fait pas de déviations paralytiques *actives*, qu'on nous passe cette expression. L'action

de la pesanteur, le poids des couvertures sont ici les principaux facteurs de ces déviations mécaniques du pied, qui sont toujours, ou à peu près, les mêmes. Comme dans ces cas il peut se produire des adhérences péritendineuses ou périarticulaires qui, après guérison de la paralysie, fixeront le pied en situation vicieuse, M. Charcot conseille, depuis longtemps, de protéger le pied atteint, à l'aide d'un cerceau, contre le poids des couvertures ; de le changer de place ; de le mobiliser fréquemment, afin d'éviter les situations anormales créées par la pesanteur et qui, lorsque la paralysie dure longtemps, de temporaires, d'accidentelles, pourraient s'établir à titre définitif.

L'amyosthénie (à moins d'atrophie musculaire, auquel cas sa nature est pathologique) ne se révèle par aucun signe objectif. Nous avons dit que les phénomènes subjectifs n'attiraient guère l'attention du sujet. Le membre a conservé sa forme, ses contours ordinaires.

On notera bien plus souvent encore, à notre avis, que pour la diathèse de contracture, qu'il existe des troubles de la sensibilité générale se superposant aux domaines envahis par la parésie musculaire. Il s'agit d'anesthésie suivant les divers modes que nous avons étudiés, à l'état complet ou à l'état de dissociation, le plus souvent sous forme de territoires géométriques (ou d'hémianesthésie) répondant aux membres ou segments de membres parésiés. Parfois, c'est l'hyperesthésie que l'on constate, mais cette dernière nous a paru coïncider surtout avec la diathèse de contracture. Les contractures douloureuses ne sont pas rares ; c'est l'inverse qui existe pour les paralysies.

En ce qui regarde l'état de la réflectivité, M. P. Richer s'exprime ainsi : « Les réflexes tendineux du membre amyosthénique sont généralement exaltés, et souvent coexiste cet état spécial d'aptitude à la contracture » que nous avons décrit.

Nous croyons qu'il faut distinguer. Il est certain, les expériences l'attestent, que le membre en puissance de la diathèse de contracture est, le plus souvent, un membre

parésié. Le degré de la parésie est même difficile à établir, par ce fait qu'en faisant serrer un dynamomètre, par exemple, il y a bien des chances pour que le poignet et l'avant-bras se contracturent en flexion. L'expérience est terminée.

Dans l'amyosthénie vraie, telle que nous la décrivons et la concevons, il s'agit d'un phénomène d'un autre ordre, que nous constatons sans chercher, du reste, à l'interpréter, et qui, d'ailleurs, est tout autre que la diathèse de contracture. La parésie musculaire qui accompagne la diathèse de contracture est indépendante de la diathèse d'amyosthénie, qui est un phénomène parfaitement spécialisé.

Or, dans nombre de cas que nous avons étudiés à ce point de vue spécial, nous n'avons pas vu les réflexes exagérés. Bien au contraire, si, à la vérité, leur disparition complète nous a paru rare, nous pouvons dire, par contre, que nous avons très souvent noté leur diminution d'intensité. L'appréciation exacte est, du reste, rendue difficile par ce fait qu'il existe, même chez les individus les plus sains, des différences individuelles considérables. Il faut tenir compte également du degré d'intensité de l'état parétique chez des individus différents.

L'amyosthénie existant le plus souvent d'un seul côté, — celui où siège l'hémianesthésie, — la comparaison réciproque des réflexes des côtés droit et gauche pourrait être fructueuse. Cette comparaison a certainement son importance, surtout lorsqu'il s'agit de la diathèse de contracture. Cependant, il faut bien savoir que si l'amyosthénie (comme la diathèse de contracture), lorsquelle existe, peut être plus accentuée dans un membre, par exemple, elle n'en est pas moins devenue, pour ainsi dire, fonction de l'être tout entier. Ce qui explique que les différences en plus ou en moins d'un côté à l'autre peuvent être peu sensibles.

Nous devons avouer, cependant, que nous avons vu des paralysies hystériques flasques avec conservation, exaltation des réflexes et même trépidation spinale; mais ce sont

là des faits rares et dont la complexité peut être réelle.

M. P. Richer dit que l'amyosthénie occupe de préférence le côté gauche; il en serait de même de la forme hémiplégique de la paralysie. L'expérimentation lui a démontré que « les agents æsthésiogènes, qui influent sur la sensibilité, intéressent également l'amyosthénie, qui se déplace en même temps que l'anesthésie, passant alternativement avec elle d'un côté à l'autre du corps, dans le phénomène du transfert et des oscillations consécutives ». Ces phénomènes n'existeraient que lorsqu'on note des troubles concomitants de la sensibilité, ce qui est la règle. « L'amyosthénie, ajoute-t-il, subit des alternatives d'aggravation ou de décroissance sous l'influence de causes variées. Elle diminue lorsque la diathèse hystérique s'épuise. Les émotions vives l'augmentent, et elle se transforme parfois graduellement en véritable paralysie; ou bien elle constitue un terrain favorable au développement de la contracture. L'approche des grandes attaques a pour effet d'en accroître le degré, au point que la faiblesse d'un membre devient de l'impuissance presque absolue dans les quelques jours ou quelques heures qui précèdent. »

Nous pourrions ajouter qu'elle s'accentue parfois également après les grandes attaques, au point de se convertir en véritable paralysie. Toutefois, celles-ci ont une action beaucoup plus marquée sur l'exaltation de la diathèse de contracture.

A propos du rôle des émotions vives dans l'accentuation de l'amyosthénie, nous rapprocherons de l'opinion émise par M. P. Richer le passage suivant, emprunté à Briquet (p. 442), qui clora ce paragraphe en manière d'interprétation :

« On ne s'étonnera pas beaucoup, dit cet auteur, que l'hystérie altère la puissance de contraction des muscles chez plus du quart des femmes hystériques, si l'on songe aux effets des émotions vives, des passions violentes et de la frayeur sur le système musculaire; on sait que, dans ces cas, il se manifeste une sensation de froid, un engourdisse-

ment et un fourmillement dans les membres ; qui ne sait qu'à la suite de ces mouvements de l'âme les bras tombent, comme on le dit, que les membres inférieurs se dérobent sous le corps, que les membres tremblent et sont incapables de se mouvoir ? »

Ces observations sont fort judicieuses, mais comment, par de tels exemples, tirés de l'état normal, interpréter les manifestations de la diathèse de contracture, qui, à l'inverse des phénomènes d'amyosthénie susindiqués, ne s'observent jamais chez l'homme sain ? En matière d'hystérie, la constatation vaut actuellement, au moins, beaucoup mieux que l'interprétation.

III

Parmi les stigmates permanents, il n'en est pas dont l'histoire soit plus récente que celle des *tremblements hystériques ;* peut-être n'en est-il pas aussi dont la connaissance soit relativement plus complète, car ces phénomènes ont eu la bonne fortune d'être simultanément étudiés par des hommes de la plus haute valeur. De cette façon, la mise au point en a été faite presque immédiatement, et l'on n'a pas dû s'épuiser en discussions pour faire la part de ce qui est bon et de ce qui est mauvais, comme dans certaines questions qui ne se sont complétées qu'avec difficulté.

C'est dans les œuvres de Ch. Lepois (1618) (1) que nous avons trouvé la mention première, jusqu'alors inconnue, des tremblements hystériques comme précurseurs de la paralysie, ce qui n'est pas, d'ailleurs, très fréquent dans l'espèce : « *Sed et annotavi, hoc anno, in altera ingenua vicina de qua ante, quæ a secundo paroxysmo tremorem brachio*

(1) Voy. ch. I, *Historique.*

rum insignem passa est, tertio tandem in paralysim eorumdem incidit. »

Nous avons encore rencontré dans Carré de Montgeron, en lisant cette merveilleuse observation de Philippe Sergent (que nous avons déjà notée à propos de l'anesthésie superficielle et profonde, de l'amaurose, et sur laquelle nous nous étendrons encore en traitant des troubles trophiques), un exemple remarquable de tremblement généralisé d'abord, puis se retirant du côté qui a été frappé d'hémiplégie avec *atrophie musculaire* et *teinte bleuâtre de la peau.*

Au mois de novembre 1729, Ph. Sergent, âgé alors de vingt-sept ans, qui avait déjà présenté plusieurs manifestations hystériques, fut saigné pour « une espèce de rhumatisme goutteux dans toute l'étendue du bras droit, qui lui appesantit si fort le bras et lui en rendit la main si lourde que, dès le premier moment, il ne put plus s'en aider ».

Peut-être bien, « cette espèce de rhumatisme » n'était-elle autre chose qu'une monoplégie brachiale hystérique : peu importe. Toujours est-il qu'immédiatement après l'opération, apparut une amaurose presque complète, et « deux jours après qu'il eut été soigné, il lui prit un tremblement dans les reins, dans le bras et dans les cuisses, qui augmenta pendant huit jours et devint ensuite sans interruption : ce qui étoit accompagné d'un si grand froid dans tout son corps qu'il ne pouvoit se réchauffer, pas même dans le lit; lequel froid lui a continué aussi bien que son brouillard devant les yeux jusqu'au jour de sa guérison subite (1) ».

Cette guérison subite, qui survint le 10 juillet 1731, sur le tombeau du diacre Pâris, a trait particulièrement à une hémiplégie droite complète, avec troubles trophiques, qui s'était développée vers le mois de février 1730, c'est-à-dire postérieurement au tremblement. Du fait de l'impotence fonctionnelle complète, ce phénomène avait disparu du côté droit.

(1) *La vérité des miracles, op. cit.*, t. I, Cologne, 1745. *Miracle opéré sur M. Ph. Sergent, Pièces justificatives.*

Dans ces conditions, Ph. Sergent consulta, au mois de mars 1730, un « opérateur » de passage à Dinant, qui « l'entreprit et le frotta avec les bouteilles d'une huile qu'il appeloit philosophique.

« Cette drogue fit diminuer considérablement son tremblement qui étoit resté dans son côté gauche et dans ses reins, qui quelquefois même, par leur agitation, faisoient remuer son bras, sa cuisse et sa jambe droite, quoiqu'ils n'eussent par eux-mêmes aucun mouvement. »

Bref, ce tremblement, d'abord généralisé, puis qui avait quitté le côté droit paralysé et atrophié, guérit, lui aussi, subitement, avec la paralysie, au tombeau du diacre Pâris. Il avait duré vingt mois, de novembre 1729 au 18 juillet 1731.

Peut-être existe-t-il, dans les autres auteurs anciens qui se sont occupés de l'hystérie ou de sujets connexes, de semblables observations; leur description, dans tous les cas, ne s'est guère perpétuée.

Il nous faut arriver en 1821 pour trouver, dans les œuvres de J. Frank(1), qui a beaucoup vu en matière d'hystérie, une courte mention des tremblements hystériques, qu'il rapproche, un peu malgré lui (*coactus*), des « tremblements des métallurgistes » ; ce rapprochement, on verra bientôt pourquoi, est fort intéressant à signaler. « Tremores transitorii a terrore, ira, *hysteria* et libidine, nec non a narcoticis excitati, utpote evidenter ex affectione primaria systematis nervosi orti, certe nervei dici queunt. Minori cum certitudine, at coacti, *tremores metallurgorum* huc revocamus, de quibus speciatim... »

Briquet leur consacre incidemment quelques lignes : « Le tremblement musculaire, dit-il (p. 478), qui n'est, en réalité, qu'une convulsion en petit, se rencontre assez fréquemment chez les hystériques, et on comprend facilement la raison de cette fréquence par la facilité avec laquelle les diverses émotions morales provoquent du

(1) *Praxeos medicæ universæ præcepta ;* part. sec., vol. primum, sect. sec., cap. IX : *De tremore*, §44, 7, p. 235. Lipsiæ, 1821.

tremblement dans les membres; ce tremblement est toujours passager; après une durée de quelques heures et au plus de quelques jours, il se dissipe spontanément. Il est très peu de malades chez lesquels ce trouble de mouvements reste permanent, mais il se reproduit avec une grande facilité. Les jeunes filles qui, ayant été fréquemment maltraitées dans leur enfance, ont été tenues constamment en émoi, celles qui sont très craintives, sont les sujets chez lesquels on remarque le plus souvent le tremblement musculaire. »

Notre opinion au sujet des tremblements hystériques n'est pas du tout identique avec celle de Briquet : c'est ainsi qu'au lieu de les considérer comme une *convulsion en petit,* un paroxysme, nous croyons, au contraire, qu'ils font partie du fonds commun de l'hystérie constitué par la réunion des stigmates permanents. Aussi, dans la majorité des cas, à l'instar de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie, ces phénomènes ont-ils une très grande ténacité, durant pendant des mois entiers sans interruption. A la vérité, il est des moments où ils s'exaltent, pour ainsi dire, et l'on a décrit, avec juste raison, des *attaques de tremblement* comme on a décrit des attaques de contracture ou de névralgie (hyperesthésie) hystérique. Ces paroxysmes ne sont, en somme, que l'exaltation des stigmates, et alors que personne ne se refuse à placer la diathèse de contracture et les troubles de sensibilité au nombre des stigmates permanents, nous sommes convaincu qu'en toute justice il faut y placer également les tremblements.

Ces réflexions, destinées à justifier, dès l'abord, la place que nous avons attribuée aux tremblements, ne doivent pas nous faire perdre de vue l'évolution historique qu'ils ont parcourue.

En 1879, Homolle rapporte dans le *Progrès médical* (1) l'histoire d'une malade du service de M. Potain présentant

(1) Homolle, *Hémianesthésie hystérique anormale avec contracture et tremblement du membre inférieur droit : Progrès médical,* 5 juillet 1879, p. 517.

un tremblement du membre supérieur droit qu'il décrit en ces termes :

« Tout le membre est agité de secousses rhythmiques très singulières, égales en amplitude et d'une direction constante d'avant en arrière. Ces saccades ou soubresauts semblent se produire exclusivement dans le triceps crural et dans les muscles du mollet. Elles deviennent presque nulles quand le corps est dans la position horizontale et au repos complet ; elles augmentent, au contraire, dès que la malade s'émeut, dès qu'on l'examine, par exemple, lorsqu'elle veut exécuter un mouvement volontaire, surtout lorsqu'elle essaye de marcher : alors, le tremblement devient plus fort, au point de se transmettre à tout le corps. L'étude graphique de ces secousses démontre leur régularité parfaite. Elles se reproduisent, identiques entre elles, au nombre de trois cents par minute. Elles se font, d'une façon simultanée, à la cuisse et au mollet, ou du moins le retard qu'elles présentent dans cette dernière région est-il douteux, tant il est minime. Le soulèvement du levier est brusque et donne lieu à la production d'un crochet aigu sur le tracé. »

M. Chambard, en 1881 (1), M. G. Sée, en 1884 (2), signalent également le tremblement hystérique.

Axenfeld et Huchard, dans leur *Traité des névroses* (2ᵉ éd., 1883), lui consacrent le passage suivant : « Le tremblement présente des caractères différents : tantôt il s'agit d'une oscillation légère, à peine appréciable, ressemblant à un faible tremblement alcoolique, augmentant par les émotions et persistant pendant un temps plus ou moins long ; d'autres fois, le tremblement a un aspect convulsif plus accentué, affectant les membres supérieurs, ou encore l'un d'eux, ou le membre supérieur et inférieur du même côté. Quand le tremblement affecte les membres inférieurs, il est quelquefois si violent que, dans la posi-

(1) *Hémichorée et hémitremblement hystériques : Encéphale*, 1881.
(2) *De la chorée électrique : Semaine médicale*, 6 mars 1884.

tion assise, on entend le pied battre régulièrement le parquet sous forme de trépidation épileptoïde. »

Et après avoir résumé l'observation de Chambard, que nous avons mentionnée plus haut, ils ajoutent : « Dans certains cas, le tremblement peut avoir des caractères opposés dans les deux moitiés du corps. »

Les autres traités de neuropathologie, même les plus récents, ceux de Wilks, Rosenstein, Hammond, Grasset, sont complètement muets à cet égard.

En 1887, dans une séance de la Société de médecine de Londres, M. Ormerod (1) présenta à ses collègues une jeune femme de vingt-neuf ans atteinte d'accidents hystériques non douteux et d'un tremblement des mains survenu après une attaque *et rappelant tout à fait le tremblement de la paralysie agitante*. M. Hughlings Jackson formulait son opinion sur ce cas, en disant que c'était là un exemple de tremblement hystérique, et il ajoutait qu'à son avis, beaucoup de tremblements dont l'origine est obscure relèvent de cette névrose.

Le 12 avril 1882, M. le Dr Letulle rapportait à la Société médicale des hôpitaux l'histoire d'un ouvrier affecté d'hydrargyrisme professionnel, qui présentait, à côté de divers symptômes de nature évidemment hystérique, certain tremblement très intense généralisé aux quatre membres, et dont la guérison fut rapidement obtenue par des applications de ligatures élastiques et d'aimants. Et il conclut après commentaires : «... Il est donc permis d'annoncer que, pour un grand nombre, je n'ose pas dire pour la totalité des cas, les tremblements mercuriels appartiennent à la grande névrose. »

Tous ces cas restent isolés, sans liens entre eux, et il serait évidemment facile de trouver d'autres observations où le tremblement existait : nous ne voulons pas y insister davantage.

C'est alors qu'intervient M. Charcot. Dans une leçon

(1) *British medical Journal*, décembre 1887, p. 1216.

faite en 1885 et publiée en 1887 (1), il s'exprimait ainsi (p. 212) : « Avant de passer à la catégorie des oscillations rapides, je veux mentionner une espèce de tremblement qui tient le milieu entre les deux ; c'est le *tremblement hystérique*. Nous avons actuellement, dans nos salles, deux hommes qui en sont affectés : chez l'un, le nombre des oscillations est de cinq ; chez l'autre, de sept par seconde. Je ne fais que vous citer, en passant, ce tremblement, me proposant d'y revenir plus tard d'une façon plus détaillée. J'en fais seulement provisoirement, au point de vue de la rapidité des secousses, une catégorie intermédiaire entre le premier et le second groupe.

« Mais, à cette époque, ajoute M. Charcot, — dans une leçon qui est fondamentale sur les *tremblements hystériques* (2), — nous n'avions pas encore aperçu qu'il existe diverses variétés bien tranchées du tremblement hystérique. »

C'est à résoudre les diverses questions qui se posaient en pareille circonstance, que se sont ingéniés presque simultanément M. le professeur Pitres (3), M. Rendu (4), arrivant à des conclusions presque identiques, et notre ami Dutil (5), qui était alors interne de M. Charcot.

C'est à son excellente thèse inaugurale, dans laquelle on

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 1887 : *Tremblements et mouvements choréiformes*. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, p. 398.

(2) *Des tremblements hystériques : Progrès médical*, 6 et 13 sept. 1890. Leçon recueillie par M. Georges Guinon.

(3) *Des tremblements hystériques : Progrès médical*, 14 et 21 septembre 1889. La leçon a été faite le 11 janvier 1889, et plusieurs des malades qui en font l'objet ont été présentés par l'interne de M. Pitres, M. E. Bitot, à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux dans les séances du 20 octobre, du 19 et du 26 novembre 1888, pages 275, 302, 304 des *Bulletins de la Société*.

(4) M. Rendu a présenté sa *Note sur le tremblement hystérique et ses variétés* à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 19 avril 1889.

(5) C'est pendant l'année 1889 que M. Dutil, alors interne de M. Charcot, a composé sa thèse inaugurale : *Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques*, Paris, 1891, que nous avons publiée presque *in extenso* dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, nos 1 et 2, 1890, et 2 et 3, 1891.

trouve résumés tous les travaux modernes, que nous emprunterons la plus grande partie des détails qui vont suivre.

M. Rendu a étudié particulièrement, le premier, les tremblements qui se rapprochent de ceux de la paralysie agitante et de la sclérose en plaques.

M. Pitres divise les tremblements en trois classes : 1° les tremblements trépidatoires ; 2° les tremblements vibratoires ; 3° les tremblements intentionnels.

MM. Charcot et Dutil ont adopté chacun une classification qui ne diffère en rien d'essentiel, dit M. Charcot, l'une de l'autre.



Avant d'entrer dans la description particulière de chacun de ces tremblements, il est nécessaire d'exposer, comme nous l'avons fait pour les autres stigmates, certaines considérations générales applicables à tous les tremblements.

En ce qui regarde leur *fréquence réelle,* nous ne possédons pas de statistiques, et les auteurs qui ont écrit sur cette question encore récente semblent n'avoir guère envisagé que les rapports de fréquence relative qu'affectent les tremblements entre eux.

A notre avis, le tremblement est moins fréquent que les troubles de sensibilité (le plus souvent observés de tous les stigmates), par ce fait peut-être que leur domaine est très étendu. Il nous paraît être, — si l'on s'en rapporte aux statistiques de M. Berbez, — moins fréquent aussi que la diathèse de contracture. Cependant, si l'on réfléchissait que les tremblements constituent une de nos plus récentes acquisitions dans le domaine hystérique, nous ne serions pas étonné qu'on les notât désormais beaucoup plus souvent que par le passé. Tout ce que nous pouvons donc dire, c'est qu'il n'est pas rare de les rencontrer et qu'il ne faut jamais manquer de les rechercher, lorsqu'on soupçonne l'hystérie. Dans un cas observé récemment dans le service

de notre maître, M. le professeur Fournier, l'existence d'un tremblement de rhythme moyen des deux membres supérieurs, chez un homme de soixante et un ans jusque-là indemne d'accidents hystériques, nous permit d'affirmer le diagnostic d'*œdème bleu* des deux mains, alors qu'il n'existait d'autres manifestations de la névrose que l'abolition de la sensibilité gustative.

M. Charcot enseigne que c'est chez l'homme surtout qu'on observe le tremblement hystérique. « On le voit, par exemple, souvent signalé dans ces derniers temps dans les cas rapportés à la névrose traumatique (*traumatische neurose*), laquelle, dit-il, je crois l'avoir démontré, doit rentrer dans l'histoire de l'hystérie et se rencontre plus fréquemment chez l'homme. »

Il n'est pas moins vrai qu'on l'observe souvent aussi chez la femme, et qu'il n'est pas rare chez les enfants; nous l'avons rencontré plusieurs fois chez ces derniers, et M. Perret (de Lyon) (1) en a rapporté récemment un cas intéressant chez une fillette de onze ans.

Nous savons que l'opinion générale des auteurs veut que la plupart des stigmates hystériques se développent d'une façon insidieuse; la raison qu'on en pourrait donner se trouve, à notre avis, dans ce fait que le plus grand nombre d'entre eux sont ignorés du malade jusqu'au moment de l'investigation médicale. Peut-être alors leur insidiosité n'est-elle qu'apparente; nous le croirions volontiers pour notre part.

Il n'en est pas tout à fait de même, à ce sujet, du tremblement hystérique. Par les perturbations immédiates qu'il détermine, il attire souvent l'attention du malade, dès le début de son apparition. C'est ce qui fait, probablement, que M. Dutil a considéré le début insidieux comme exceptionnel.

Pour lui, en général, le tremblement, quelque forme qu'il revête, apparaît subitement sous l'influence d'un trau-

(1) *Tremblement hystérique chez les enfants,* anal. *in Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 sept. 1891, p. 669, art. 14784.

matisme, d'une frayeur, d'un choc moral quelconque, et plus souvent encore à la suite d'une attaque convulsive. « En pareil cas, dit-il, que l'attaque ait été complète ou seulement ébauchée, qu'elle se soit accompagnée ou non de perte de connaissance, le sujet s'aperçoit, au sortir de la crise, en se levant par exemple, qu'il tremble de tous ses membres ou seulement de l'un d'eux. C'est là, de tous les modes de début des tremblements hystériques, celui qui nous paraît de beaucoup être le plus fréquent. »

Cette influence provocatrice d'un paroxysme agit encore pour exalter le tremblement, lorsque celui-ci s'est installé à demeure. Il peut même se faire que, à l'instar de la diathèse de contracture ou des phénomènes hyperesthésiques, le tremblement domine l'appareil symptomatique du paroxysme lui-même : l'*attaque de tremblement* se trouve alors constituée. Nous savons ce qu'il faut penser de ces cas par rapport au déterminisme général de l'hystérie.

Les tremblements peuvent être *généralisés* (tête, tronc et membres) ou *partiels;* dans ce dernier cas, ils se localisent tantôt aux membres d'un même côté du corps (forme hémiplégique), tantôt aux membres supérieurs ou bien encore aux membres inférieurs (forme paraplégique). Enfin. on peut les voir se cantonner à un membre ou à un segment de membre.

Leur *durée* est également très variable; il en est qui persistent pendant plusieurs mois, plusieurs années même, sans aucune interruption. Nous savons que certaines causes, les attaques en particulier, les exagèrent au point de les révéler, lorsqu'on ignorait leur présence. La pression d'une zone hystérogène peut jouer ce même rôle à leur égard. Nous connaissons les rapports qui unissent entre eux les divers stigmates, et nous savons que la pression d'une zone ovarique peut déterminer l'apparition d'un paroxysme dans lequel l'exaltation des phénomènes hyperesthésiques de l'œil (migraine ophthalmique) jouera le plus grand rôle. Les phénomènes que nous étudions ne font pas exception à cette règle générale.

Les tremblements sont quelquefois si légers qu'ils ne gênent en rien les malades dans l'exécution de leurs mouvements, et qu'il faut, pour les constater, placer les membres dans une certaine attitude qui favorise le développement des oscillations (attitude du serment pour les membres supérieurs; extension de la jambe pour les membres inférieurs, etc.).

Par contre, le tremblement peut acquérir une intensité telle que la marche des malades devient difficile, incertaine. De même, aux membres supérieurs, il peut gêner considérablement la préhension des objets et rendre à peu près impossible l'accomplissement des actes de la vie journalière.

Les tremblements hystériques présentent en général un *rhythme régulier;* mais rien n'est plus variable que la rapidité, la fréquence des oscillations qui les constituent; les uns sont d'une *lenteur remarquable,* les autres sont très rapides, véritablement *vibratoires*. Entre ces deux modalités extrêmes se placent les tremblements de rhythme moyen. Les faits qui ressortissent à cette catégorie intermédiaire sont les plus nombreux. Il en est qui n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements volontaires (tr. *intentionnels* purs). La plupart persistent à l'état de repos et pendant les mouvements actifs, mais ils subissent parfois, sous l'influence de ces derniers, des modifications diverses concernant la fréquence et l'amplitude de leurs oscillations.

« Si nous ajoutons à ce qui précède, dit M. Dutil, que les tremblements hystériques ne se montrent pas dissemblables d'un cas à un autre, mais que le même sujet peut présenter simultanément ou successivement des tremblements d'allures fort différentes, nous aurons, ce nous semble, indiqué d'une façon suffisante que les tremblements d'origine hystérique sont essentiellement *polymorphes*. Il s'ensuit qu'on ne saurait les comprendre dans une description d'ensemble. Ils échappent évidemment, par la diversité de leurs caractères, à toute formule descriptive

univoque; de là, la nécessité qui s'impose à nous de les classer avant de les décrire. »

*
* *

En dehors des descriptions de MM. Pitres et Rendu, nous nous trouvons en présence de deux classifications, celle de M. Charcot et celle de M. Dutil. Nous les donnons toutes les deux, faisant remarquer, comme M. Charcot lui-même, qu'elles ne diffèrent en rien d'essentiel l'une de l'autre.

Classification de M. le professeur Charcot.

TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES.	A. Tremblement exagéré par les mouvements volontaires.	1° *Tremblement oscillatoire* à oscillations lentes (3 à 6 par seconde).	Imite la paralysie agitante ou le tremblement sénile.
		2° *Tremblement vibratoire* à oscillations rapides (8 à 9, et plus, par seconde).	Imite la maladie de Basedow, le tremblement alcoolique et celui de la paralysie agitante.
	B. Tremblement existant ou non au repos, provoqué ou exagéré par les mouvements intentionnels, qui ne l'accélèrent pas, mais augmentent l'amplitude des vibrations.	3° *Tremblement intentionnel* (type Rendu) intermédiaire comme nombre de vibrations entre le n° 1 et le n° 2.	*Imite le tremblement de la sclérose en plaques.* Imite encore plus parfaitement peut-être le tremblement mercuriel, qui d'ailleurs, d'après les observations de M. Letulle, serait fort souvent un tremblement hystérique.

Classification de M. Dutil.

1° Tremblements VIBRATOIRES (8 à 9 oscillations et plus par seconde).	Persistant au repos, peu ou point modifiés par les mouvements volontaires.	Imitent le tremblement de la *maladie de Basedow*, le tr. *alcoolique* et celui de la *paralysie générale*.

Classification de M. Dutil. (Suite et fin.)

2° Tremblements de rhythme MOYEN (5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde).	a) *Tremblement rémittent intentionnel* (type Rendu). Existant ou non au repos, exagéré par les mouvements volontaires.	Imite parfaitement le *tremblement mercuriel* et imparfaitement le *tremblement de la sclérose en plaques*.
	b) S'il est localisé aux membres inférieurs (forme paraplégique).	*Imite l'épilepsie spinale des paraplégiques spasmodiques.*
	c) Tremblement intentionnel pur, nul au repos, n'apparaissant qu'à l'occasion de mouvements volontaires.	Imite exactement le *tremblement de la sclérose en plaques*.
3° Tremblements LENTS (4 à 5 1/2 oscillations par seconde).	Persistant au repos, peu ou point modifiés par les mouvements volontaires.	Imitent la paralysie agitante et le tremblement sénile.

Le *tremblement à oscillations rapides, tremblement vibratoire* de M. Pitres, est caractérisé, d'après M. Dutil, par des oscillations très brèves, très rapides, qui semblent se fondre en une vibration continue des parties qui en sont le siège. Qu'il soit généralisé ou partiel, il n'a, le plus souvent, qu'une durée éphémère ; il disparaît au bout d'une heure ou deux. Ce n'est alors qu'un phénomène postconvulsif, un trouble moteur passager qui n'attire pas toujours l'attention des malades.

Cependant, chez certains sujets, il peut passer à l'état pour ainsi dire chronique et constituer un des stigmates les plus permanents et surtout les plus faciles à noter de l'hystérie.

Lors donc que ce tremblement à oscillations rapides est généralisé, très prononcé et permanent, le malade se trouve dans un état de vibration perpétuelle qui frappe dès l'abord. Qu'il soit debout ou assis, il est agité d'une trémulation continuelle, et il suffit de poser les mains sur ses épaules ou sur sa tête pour percevoir les oscillations rapides

et verticales dont tout le corps est animé. Si on le fait déshabiller, on peut constater que les muscles des membres et du tronc sont animés de petites contractions fibrillaires. Aux avant-bras, ces palpitations musculaires sont quelquefois assez intenses pour déterminer de légers et brusques mouvements des doigts. Parfois même, quand ce tremblement est à son maximum d'intensité, comme cela arrive à la suite des attaques, ou lorsque le sujet est sous le coup d'une émotion un peu vive, les muscles de la face participent à l'agitation générale, les lèvres sont tiraillées par de petites secousses musculaires, la parole est un peu tremblée, et l'habitus extérieur du malade rappelle assez



Fig. 34. — Tremblement vibratoire. *Main droite au repos* : oscillations de 9 à 9 1/2 par seconde. (Dutil.)

exactement l'aspect bien connu que présentent parfois les alcooliques et les sujets atteints de paralysie générale.

Dans les périodes de calme, au contraire, le malade ressemble bien plutôt aux formes frustes de goitre exophthalmique avec tremblement, que M. P. Marie nous a fait connaître dans sa thèse inaugurale (1).

Le tremblement vibratoire (fig. 34) ne s'efface que pendant le sommeil. Il existe donc au repos, mais il est loin d'avoir toujours l'intensité précédemment décrite; sous des influences diverses, il passe par des périodes de recrudescence suivies d'apaisements. Pendant l'état de calme, il est encore facile de s'assurer qu'il existe véritablement, soit en faisant étendre les bras dans l'attitude du serment (fig. 35), soit en faisant asseoir le malade et en l'engageant à porter les membres inférieurs, détachés du sol, dans l'ex-

(1) *Contribution à l'étude des formes frustes de la maladie de Basedow.* Thèse de Paris, 1883.

tension. Parfois, il est assez fort pour que ceux-ci présentent des oscillations rhythmiques analogues à celles que l'on observe dans la paraplégie spasmodique, lorsque les phénomènes de l'épilepsie spinale viennent à se produire.



Fig. 35. — Le même malade. *Main droite dans l'attitude du serment.* Oscillations de 9 à 9 1/2 par seconde. (DUTIL.)

Le diagnostic, à ce dernier point de vue, était facile chez les malades de M. Dutil, dont les réflexes tendineux n'étaient pas exagérés ; mais nous savons qu'il n'en est pas toujours ainsi chez les sujets où prédomine la diathèse de contracture.

Dans ces conditions moyennes, le tremblement vibratoire n'apporte aucun trouble dans les mouvements habituels : toutefois, dans ceux qui exigent une certaine précision, dans l'acte d'écrire, par exemple, on peut noter des altérations qui ont leur importance.

De même, ne gêne-t-il guère ordinairement la marche : toutefois, chez deux malades de M. Dutil, il s'exagérait singulièrement à la suite des attaques (fig. 36) et s'accompagnait alors d'un « *dérobement* » des jambes, fréquemment répété, qui mettait presque obstacle à la station debout.



Fig. 36. — Le même malade : *après une attaque.* Oscillations de 12 à 13 par seconde. (DUTIL.)

Ce phénomène du « dérobement » est observé, d'ailleurs, assez fréquemment dans l'hystérie, en dehors de toute complication trémulatoire. Nous aurons l'occasion d'y

revenir en étudiant une autre manifestation de la névrose, l'astasie choréiforme, et nous insisterons alors sur sa valeur diagnostique, car M. Charcot nous a appris qu'il pouvait exister dans deux autres affections, l'ataxie et la maladie de Basedow, qui, de plus, cette dernière en particulier, se compliquent assez fréquemment d'hystérie ou mieux s'associent avec elle.

Le tremblement vibratoire, avons-nous dit, peut appa-



Fig. 37. — Tremblement vibratoire hystérique. (DUTIL.)

raître brusquement à la suite d'une attaque; il peut s'établir aussi de la façon la plus insidieuse, comme dans une observation de M. Pitres. Sa marche et sa durée sont subordonnées aux conditions que nous avons indiquées dans nos généralités.

L'*étude graphique* du tremblement vibratoire hystérique,



Fig. 38. — Tremblement dans la paralysie générale. (DUTIL.)

comparé au tremblement de la paralysie générale et à celui de la maladie de Basedow, n'a pas permis à M. Dutil d'établir des différences véritablement appréciables entre ces trois variétés phénoménales qui, pourtant, appartiennent à des maladies si différentes. Tous ces tremblements sont constitués par une série d'oscillations très menues, d'inégale amplitude, mais dans des limites très restreintes se succédant avec une grande rapidité et au nombre de 8 à 9 ou 9 1/2 par minute. Les tracés suivants (fig. 37, 38,

39), par leur ressemblance, démontrent péremptoirement qu'on ne saurait baser sur les caractères réels du tremblement le diagnostic différentiel entre ces trois maladies.

*
* *

Dans la deuxième partie de son intéressante monographie, M. Dutil étudie les *tremblements de rhythme moyen* (5 1/2 à 7 1/2 par seconde) ou *intermédiaires, comme nombre*



Fig. 39. — Tremblement dans la maladie de Basedow. (Dutil.)

d'oscillations, entre les tremblements vibratoires et les tremblements lents.

Ces tremblements à rhythme moyen seraient, de tous, les plus fréquemment observés : cette opinion était confirmative de celle que M. Charcot émettait dès le début de ses recherches sur les tremblements hystériques. Par rapport à eux, les tremblements vibratoires et ceux à oscillations lentes sont relativement rares, presque exceptionnels.

Mais la notion du rhythme, c'est-à-dire la fréquence des oscillations, ne saurait toujours suffire à elle seule pour déterminer la physionomie clinique des tremblements. Il est d'autres caractères dont il faut tenir compte : la généralisation du trouble moteur, sa localisation aux deux membres inférieurs, à ceux d'un même côté du corps, etc., les modifications qu'il présente, sous l'influence du repos et des mouvements actifs. Aussi M. Dutil établit-il trois catégories dans les tremblements à rhythme moyen que nous étudierons avec lui.

La première catégorie comprend le *tremblement rémittent*

intentionnel à type Rendu, du nom de cet auteur, qui le premier (avec M. Pitres) en a donné une bonne description.

Cette variété de tremblement imite d'une façon parfaite le *tremblement mercuriel.* Il simule aussi le tremblement de la sclérose en plaques, mais avec cette différence qu'il est permanent, alors que celui de la sclérose multiloculaire ne se montre qu'à propos des *mouvements intentionnels.*

Cependant, il peut cesser pendant de courts instants, lorsque le malade est assis. Le décubitus horizontal et le sommeil le font disparaître; par contre, il s'exagère à l'occasion des mouvements volontaires; aussi M. Dutil a-t-il proposé la qualification de *rémittent intentionnel.* D'après la description qu'il en a donnée, la seconde qualification parait beaucoup plus justifiée que la première, par ce fait même que c'est surtout dans le second cas que le tremblement devient très apparent.

Les hystériques trembleurs qui répondent au type clinique que nous avons en vue sont constamment agités, qu'ils soient en marche, qu'ils se tiennent debout ou assis, par des secousses rhythmiques généralisées ou suffisamment amples pour que l'œil de l'observateur puisse aisément les dissocier. Si l'on examine un de ces sujets alors qu'il est assis sur une chaise, les pieds posés à plat sur le sol et les avant-bras reposant sur les genoux, voici ce que l'on peut constater : la tête oscille avec un mouvement de va-et-vient dans le sens antéro-postérieur; les avant-bras et les mains sont animés de légers mouvements de flexion avec pronation et d'extension en sens inverse qui se succèdent régulièrement; les doigts suivent aussi ces mouvements, mais d'une manière passive : ils ne tremblent pas pour leur propre compte. Aux membres inférieurs, les avant-pieds ne quittent pas le sol, mais les talons se soulèvent et s'abaissent alternativement, frappant le parquet de petits coups secs régulièrement espacés, imitant le bruit et le mouvement de trépidation d'une personne assise et qui s'impatiente. Les choses étant ainsi, si l'on ordonne au

malade d'élever une de ses jambes en la maintenant étendue, ou de placer ses bras dans l'attitude du serment, le tremblement prend aussitôt une amplitude notablement plus grande dans les membres soulevés.

De plus, si l'on vient à lui commander un acte qui nécessite de sa part de l'attention et de la précision dans les mouvements, si on lui ordonne, par exemple, de saisir un verre rempli d'eau et de le porter à sa bouche, on voit, dès que la main s'approche du verre, les oscillations s'accentuer progressivement et croître rapidement en étendue et en énergie, de sorte que le contenu du vase est bientôt projeté de tous côtés (fig. 40). On comprend par là que l'écriture (fig. 41, 42, 43) et les autres actes de la vie journalière, qui exigent tant soit peu de précision dans les mouvements de la main, soient souvent même impossibles. La langue tremble quelquefois, et la trémulation dont elle est le siège, s'ajoutant aux saccades de la tête, peut gêner l'élocution.

Repos. Mouvement. (Action de porter un verre à la bouche.)

Fig. 40. — *Tremblement hystérique rémittent intentionnel.* Le tremblement existe au repos et s'exagère pendant le mouvement. Le premier tracé de cette figure est un tracé chronométrique; il permet de compter le nombre d'oscillations par seconde, qui est ici de 7. (Souques.)

Si maintenant on enjoint au malade de se lever et de se tenir debout, aussitôt les oscillations dont tout le corps

est animé prennent une amplitude et une brusquerie plus grandes : la tête, le tronc, les membres, le corps toùt

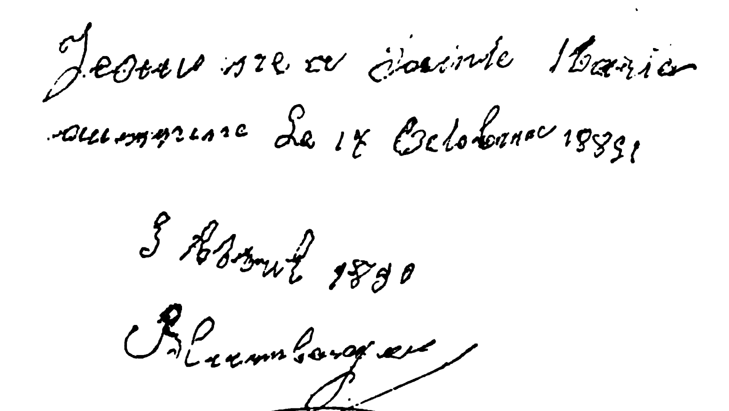


Fig. 41. — Ecriture dans un cas de tremblement hystérique. (Souques.)

entier entrent dans un état d'agitation violente, à tel point que, parfois, le sujet a peine à se tenir debout et menace de tomber.

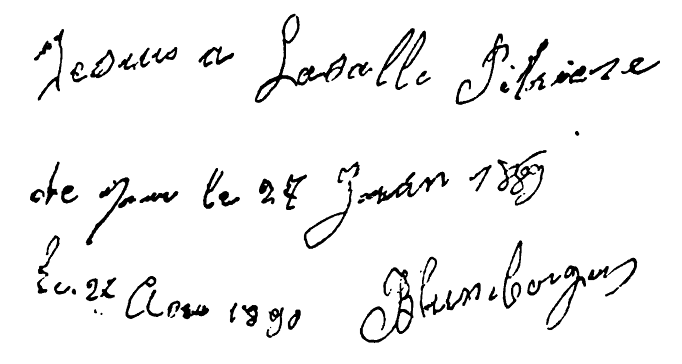


Fig. 42. — Ecriture chez le même malade, à quatre mois d'intervalle. (Souques.)

Dans cette attitude, les membres inférieurs sont animés de légers mouvements de flexion et d'extension qui ont

pour centre principalement l'articulation du genou, de sorte que le tronc et les épaules oscillent dans le sens vertical. Quand le sujet se met en marche, le tremblement

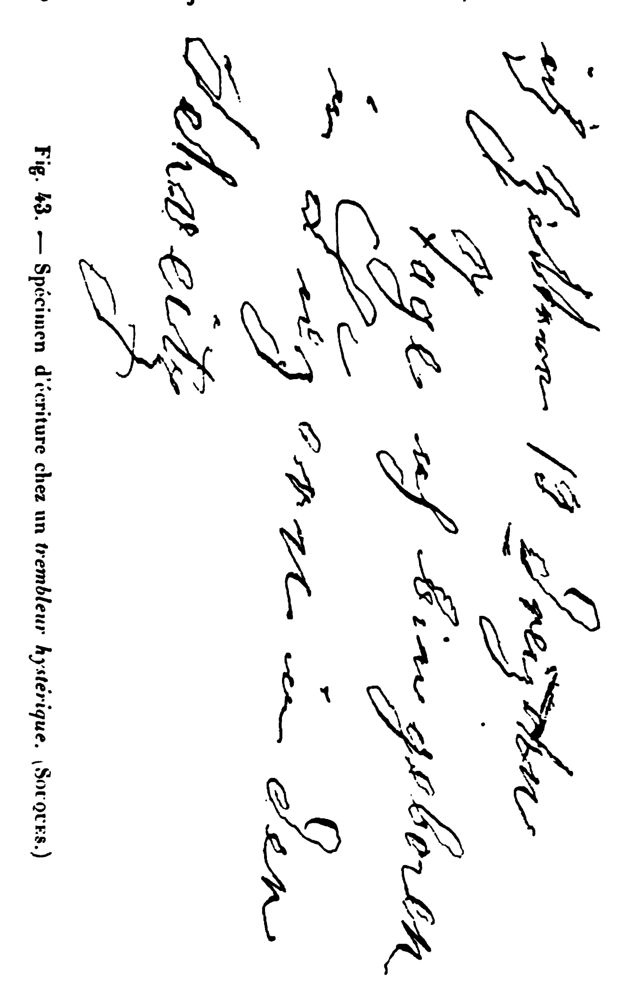


Fig. 43. — Spécimen d'écriture chez un *trembleur hystérique*. (Souques.)

redouble encore. Il avance, ou bien en hésitant, les jambes écartées, ou bien en raidissant les membres inférieurs comme pour éteindre les secousses du tremblement. Dans le premier cas, la démarche est incertaine et comme titubante ; dans le second cas, elle est saccadée, mais ferme et

assurée. Si l'on invite le malade à s'étendre tranquillement sur son lit, dans une attitude abandonnée, comme pour dormir, aussitôt le tremblement disparaît et le sujet repose dans une immobilité complète. Mais qu'il vienne à soulever sa tête au-dessus de l'oreiller, à élever un de ses membres au-dessus du plan du lit, le tremblement se reproduit aussitôt.

Le tremblement rémittent intentionnel, comme toutes les autres variétés de tremblement hystérique, prédomine généralement dans les membres d'un côté du corps; il peut se localiser diversement, respectant tantôt la tête, tantôt les membres inférieurs, etc.; il s'exagère sous l'influence des attaques, d'une émotion même légère, de l'excitation des zones hystérogènes; il peut persister des années entières ou cesser plus ou moins rapidement.

Nous avons dit que ce tremblement rémittent intentionnel simulait à s'y méprendre le *tremblement mercuriel*. Est-ce à dire que le tremblement mercuriel n'existe plus nosologiquement? ou, pour parler net, n'est-il autre chose qu'un tremblement hystérique chez un individu intoxiqué par le mercure? Peut-être bien, et c'est à M. Letulle (1) qu'on doit d'avoir montré que le tremblement rémittent intentionnel des mercurialisés, qui disparait dans la majorité des cas sous l'influence des agents æsthésiogènes, doit être attribué à la grande névrose. M. Letulle estime que pour le plus grand nombre, il n'ose pas dire pour la totalité des faits, il s'agit là de tremblements véritablement hystériques.

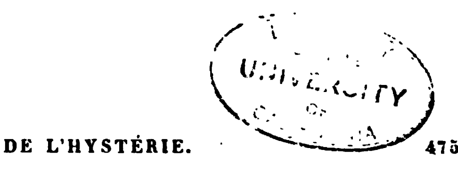
M. Charcot a émis une opinion à peu près identique, mais toutefois un peu moins affirmative : « Avant plus ample informé, dit-il (2), je reste disposé à croire qu'il

(1) Voy. Letulle, *De l'hystérie mercurielle : Société médicale des hôpitaux de Paris*, 12 août 1887, et *Archives de physiologie*, 1887. — Ses idées ont été exposées dans la thèse de son élève Mugnerot, *Du tremblement mercuriel et de son traitement par les agents æsthésiogènes.* Thèse de Paris, 1889.

(2) *Des tremblements hystériques : Progrès médical*, 6 septembre 1890, p. 181.

existe un véritable tremblement mercuriel indépendant de l'hystérie et émanant directement, en d'autres termes, de l'intoxication hydrargyrique; mais qu'à côté de lui il faut apprendre à distinguer des cas où, chez les hydrargyriques, l'hystérie se développe et donne lieu à un tremblement méritant, cette fois, de porter légitimement le nom d'hystérique. En quoi ce tremblement-ci différera-t-il cliniquement du premier? Cela restera à déterminer. »

« Nous nous associons à ces sages réserves, ajoute M. Dutil, et nous pensons que toute réponse catégorique à cette difficile question serait pour le moment prématurée, faute de documents suffisamment nombreux et précis. Nous devons dire, cependant, que, dans le cours d'une enquête encore inachevée et dont nous nous proposons de publier prochainement les résultats définitifs, étudiant avec soin les caractères des tremblements mercuriels, les conditions de leur apparition, les différents troubles névropathiques qui presque toujours accompagnent ce symptôme, nous avons noté, dans quelques ateliers, des faits qui nous portent à penser que les tremblements dits mercuriels sont le plus souvent de *nature hystérique.* Chaque fois que, dans un atelier, on nous a présenté un « beau cas » de tremblement mercuriel, nous avons trouvé chez le malade des stigmates hystériques, des attaques ou des ictus apoplectiques. Nous avons été frappé également par la diversité des formes de ces tremblements mercuriels; on y retrouve précisément les mêmes modalités qui s'observent chez les trembleurs hystériques, les mêmes modes de début, tantôt insidieux, tantôt brusques et sous forme d'attaques. Et quand on interroge attentivement ces malades, presque toujours alcooliques, on apprend que l'apparition du tremblement a été précédée chez eux d'une sorte de période préparatoire faite d'excitabilité nerveuse, d'insomnies, de vertiges, et tout à fait analogue à celle qui existe si souvent chez les hystériques vulgaires, à la veille des premiers symptômes significatifs; qu'au moment de l'accès, dans les cas à début subit, ils



ont éprouvé des étouffements, un sentiment de constriction à la gorge, des battements dans les tempes : toutes sensations qui rappellent assez bien les symptômes de l'aura hystérique. Mais, pour avoir ces détails qui, dans l'espèce, ont bien leur importance, il faut interroger les malades avec plus de précision, avec plus d'insistance qu'on n'a coutume de le faire (1). »

La deuxième catégorie du tremblement hystérique à rhythme moyen, établie par M. Dutil, ne mérite d'être distraite de la description générale qu'il a donnée du tremblement rémittent intentionnel que par ce fait que le tremblement *se localise aux membres inférieurs.* Cette différenciation a cependant une certaine importance clinique, car ce tremblement simule à s'y méprendre la trépidation de la paraplégie spasmodique.

Outre l'existence d'autres stigmates (on sait que ceux-ci peuvent exister dans l'association de l'hystérie avec une paraplégie spasmodique d'origine organique), on se guidera sur les caractères suivants, indiqués par M. Dutil. Dans cette forme de tremblement hystérique, « les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés; quelquefois même ils sont affaiblis; le redressement brusque du pied fait cesser le tremblement au lieu de le renforcer ».

Ce sont là des caractères dont, à notre avis, il ne faudrait cependant pas s'exagérer la valeur en la généralisant, d'autant que M. Dutil n'a eu l'occasion d'observer qu'un seul fait de cette catégorie (2).

(1) Ces considérations sont tout à fait applicables à la thèse de M. Chantreau : *Contribution à l'étude du tremblement mercuriel.* Paris, juillet 1891. Cet auteur, qui s'élève avec force contre l'assimilation qu'on a voulu faire du tremblement hystérique au tremblement mercuriel, nous apporte à l'appui de son opinion deux observations personnelles certainement entachées d'hystérie. La première a trait à un abasique avec plaque hypoesthésique sur la face interne de la cuisse gauche; dans la seconde, l'ouïe est diminuée des deux côtés, et il existe des altérations dans le champ visuel des couleurs (G. T.)

(2) Consulter à ce sujet (*passim*) la 2e partie de l'excellente thèse de notre ami Souques, interne lauréat de M. Charcot : *Contribution à l'étude*

*
* *

La troisième catégorie du tremblement à rhythme moyen comprend le *tremblement intentionnel pur* (fig. 44), nul au repos, n'apparaissant qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Nous proposons de le désigner du nom de *type Pitres*, car, de tous les auteurs, c'est, à notre avis, celui qui le premier l'a le mieux décrit.

Repos. Mouvement. (Action de porter un verre à la bouche.)

Fig. 44. — Tremblement hystérique intentionnel. Oscillations par seconde, 6 à 7. (Souques.)

Nous n'en donnerons pas une description spéciale : qu'on garde de celle que nous avons tracée d'après M. Dutil, du tremblement de la première catégorie, tout ce qui est intentionnel, et alors nous aurons la présente variété, qui correspond exactement au *tremblement de la sclérose en plaques*. Puisqu'il est entendu qu'objectivement il est impossible de différencier ce tremblement de celui de la sclérose multiloculaire, comment arrivera-t-on donc à établir le diagnostic entre la sclérose vraie et les manifestations hystériques à tremblement qui la simulent ?

Il ne faut pas se leurrer, les difficultés sont fort grandes. La lecture des leçons de M. Charcot sur les tremblements, et le chapitre que M. Souques a consacré aux syndromes hysté-

des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière. Thèse de Paris, 1891.

riques simulateurs de la sclérose en plaques, nous apprennent qu'il n'est pas commode de poser des règles générales de diagnostic, tant les cas sont particuliers. Cela se comprend, quand on réfléchit aux symptômes si variés de la sclérose et à l'aptitude si particulière que possède l'hystérie de mimer presque toutes, sinon toutes les affections nerveuses organiques ou non.

Incontestablement, la présence de stigmates, un passé hystérique, seront de sérieuses présomptions en faveur de la névrose; mais M. Charcot a établi qu'il n'était peut-être pas d'affection cérébro-spinale organique avec laquelle l'hystérie s'associât plus fréquemment qu'avec la sclérose en plaques. La possibilité d'une association hystéro-scléreuse devra donc encore être présente à l'esprit de l'observateur.

Les différences veulent, on le voit, être serrées de près. Nous ne parlerons plus du tremblement; il est entendu que, dans la majorité des cas, il ne saurait servir de base pour la différenciation. Mais ce qui représente l'attaque apoplectiforme de la sclérose en plaques dans la névrose n'est autre qu'un accès d'hystérie à forme syncopale, terminé ou non par du délire, ou mieux par l'état mental particulier qu'on observe après les paroxysmes. La parole n'est pas véritablement scandée; elle a les caractères particuliers du *bégayement hystérique* étudié par MM. Ballet et Tissier, et que nous décrirons ultérieurement. Les troubles visuels, l'amaurose et la sclérose en plaques s'accompagnent de lésions facilement constatables à l'ophthalmoscope : on note une blancheur spéciale de la papille qui ne s'observe jamais dans l'hystérie, où l'amaurose la plus absolue laisse le fond de l'œil intact. Nous savons que cette amaurose scléreuse peut être transitoire, mais jamais elle ne présente ces brusques variations de l'amaurose hystérique qui apparaît et disparaît du jour au lendemain. Nous devons même dire que c'est justement cette variabilité des accidents hystériques qui constitue, à proprement parler, les meilleurs éléments de diagnostic différentiel : jamais l'influence d'un agent æsthésiogène ne fera disparaître un tremblement à carac-

tère intentionnel, une hémiplégie, des troubles oculaires, ou des désordres de la parole, si ce n'est dans l'hystérie.

Cependant, nous le répétons, il faut croire que bien souvent le diagnostic offré de très grandes difficultés, puisque plusieurs auteurs, et des meilleurs, s'y sont trompés. Sous ce rapport, le mémoire de Westphall est des plus instructifs (1).

En 1883, cet auteur publiait deux observations avec autopsie. Du vivant des malades, il avait porté le diagnostic de sclérose multiloculaire ; l'examen anatomique ne montra, après la mort, non seulement aucune lésion du système nerveux cérébro-spinal, mais encore les nerfs périphériques, soigneusement examinés, furent trouvés complètement sains. Il en concluait « qu'il existe une névrose générale que l'on peut appeler pseudo-sclérose, et qui, ni par ses symptômes, ni par son évolution, ne peut être distinguée de la véritable sclérose en plaques ».

L'année suivante, Langer, dans la *Wiener medicinische Presse,* publiait deux cas semblables dans lesquels l'examen anatomo-pathologique était resté également infructueux.

M. Babinski, dans sa thèse inaugurale (2), rapporte un fait analogue qu'il rapproche de ceux de Westphall. Le diagnostic de sclérose en plaques avait été porté pendant la vie, et l'autopsie vint révéler l'absence complète de lésions du système nerveux. Killian (3) relate un cas semblable dont l'autopsie fut faite par Leyden.

Un troisième cas a été publié par Francotte (4) ; l'autopsie donna un démenti formel au diagnostic de sclérose en plaques formulé pendant la vie. Cet auteur, rapprochant son observation de celles de West-

(1) *Ueber eine dem Bilde der cerebro-spinale grauen Degeneration ähnliche Erkrankung der centralen Nervensystem ohne anatomische Befund : Archiv. für Psych. und Nervenkr.,* Bd. XIV, 1 Heft, 1883.

(2) *Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques.* Thèse de Paris, 1885.

(3) Thèse de Strasbourg, 1878.

(4) *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège,* 1887.

phall, déclare que « provisoirement, tous les cas de ce genre doivent être rangés sous la désignation de névrose, et qu'il faut se borner à en constater l'existence, sans pouvoir encore élucider leur nature ni établir les caractères qui serviront à les diagnostiquer ».

Tel n'est pas notre avis, et nous croyons que les faits précédemment cités, de même que ceux d'Edge (1), de Maguire (2), de Rolland (3) et de plusieurs autres, doivent être rapportés à l'hystérie, et non à la sclérose en plaques légitime. C'est l'opinion à laquelle sont arrivés M. Rendu analysant les cas de Westphall, et M. Souques, après une étude consciencieuse de chacun de ceux qui ont été publiés depuis la communication de M. Rendu.

Cette opinion, qui tend à faire rentrer dans le cadre de l'hystérie les cas de fausse sclérose en plaques qui en avaient été distraits, a été combattue récemment par M. Buzzard (4).

Dans une intéressante communication à la *Neurological Society* de Londres, cet auteur, prenant pour ainsi dire le contre-pied des dernières recherches françaises, rappelle que nombre d'affections organiques ont été prises pour de l'hystérie ; et, comme il a surtout en vue les rapports de la névrose et de la sclérose en plaques, il insiste sur la valeur diagnostique du tremblement *intentionnel,* qui, dit-il, n'existe pas dans l'hystérie. Après ce que nous avons exposé, on nous permettra de dire que c'est là une opinion qui n'est plus soutenable. Et M. Buzzard conclut en disant que, lorsqu'on cherchera bien, on reconnaîtra que beaucoup de symptômes rattachés jusqu'ici à l'hystérie relèvent d'une affection organique, et que le

(1) *Remarks on a case of disseminated sclerosis : The Lancet,* septembre 1885.

(2) *Pseudo-sclerosis : Brain,* avril 1888, p. 71.

(3) *Un cas de sclérose en plaques avec localisation bulbo-protubérantielle et disparition complète de la plupart des symptômes après un sommeil prolongé d'au moins deux heures : Journal de médecine de Bordeaux,* 1889.

(4) *On the simulation of hysteria by organic diseases of the nervous system : Neurol. Soc. of London,* 23 janvier 1890.

domaine de la névrose est destiné à s'amoindrir au fur et à mesure que l'on connaîtra mieux les organopathies spinales.

« C'est précisément, dit M. Souques, la thèse inverse que nous soutenons ici, et nous prétendons que, à mesure que l'on connaîtra mieux la névrose hystérique, nombre de cas insolites, rangés dans la catégorie organique, devront lui être rattachés. Quant aux faits où l'on avait noté, durant la vie, des symptômes d'hystérie, tous rapportés à la névrose et où l'autopsie a révélé des lésions organiques, il s'agit là, très évidemment, de ces associations hystéro-organiques sur la fréquence desquelles insiste, depuis plusieurs années, M. le professeur Charcot. Du reste, les observations citées par l'auteur anglais manquent trop de détails pour qu'on puisse être complètement édifié; elles prêtent aux controverses, et l'auteur reconnaît lui-même avoir commis, jadis, plus d'une méprise. Il se pourrait, en somme, que, dans quelques-uns de ces cas, il ne s'agisse que d'un syndrome hystérique isolé ou associé à la sclérose en plaques. Nous connaissons cependant des observations, — et Vulpian, dans ses *Leçons* (t. II, p. 671), en rapporte un exemple très remarquable, — où l'on crut tout d'abord à une paraplégie hystérique, diagnostic que l'évolution ultérieure vint démentir en révélant une sclérose en plaques anomale. »

*
* *

La troisième variété de tremblements étudiée par M. Dutil comprend les tremblements lents, de quatre à cinq oscillations et demie par seconde.

Ces tremblements sont particulièrement aptes, lorsqu'on les observe chez des malades un peu avancés en âge, à simuler la paralysie agitante. Les oscillations qui les composent sont, en effet, relativement amples et lentes; et comme elles se répètent pendant le repos, d'une manière incessante, sans se renforcer d'une façon notable

sous l'influence des mouvements volontaires, il s'ensuit que les tremblements hystériques de cette catégorie imitent à peu près exactement le tremblement symptomatique de la maladie de Parkinson. Ce n'est pas tout. Ces trembleurs hystériques peuvent se composer un habitus extérieur tel que leur air figé, leurs mains et leurs doigts placés comme dans l'attitude pour écrire, leur facies immobile et comme hébété, les font ressembler d'une manière frappante aux individus affectés de paralysie agitante.

Il ne faudrait pas croire, toutefois, que ces cas de simulation hystérique de la maladie de Parkinson soient très fréquents. M. Rendu en rapporte un dans sa communication. M. Dutil n'en a pas observé personnellement, mais ses recherches lui ont montré qu'il en existait d'autres dans la science. C'est ainsi qu'il démontre, par l'analyse, qu'une observation d'Oppenheim (1) intitulée : *Sur un cas de paralysie agitante, forme originale de la névrose traumatique,* doit rentrer dans le cadre de l'hystérie.

M. Oppenheim rapporte également, à la suite de cette observation, l'histoire d'un second malade chez lequel le tremblement était apparu, comme dans le cas précédent, consécutivement à un traumatisme portant sur l'extrémité céphalique ; ce second fait, très analogue au premier, n'en différait que par la généralisation du tremblement, sa longue durée et l'absence de troubles de la sensibilité. Seulement il existait chez ce dernier trembleur, pour nous servir de l'expression de l'auteur, « une anomalie remarquable » : le champ visuel des deux yeux était diminué pour le blanc et les couleurs.

Après avoir souligné les analogies qui existaient entre ces deux cas et le type classique de la paralysie agitante, M. Oppenheim, qui avait porté tout d'abord le diagnostic de paralysie *agitans,* énumère les différentes raisons qui lui firent abandonner, par la suite, cette première inter-

(1) *Charite Annalen,* 1889, t. XIV, p. 415.

prétation. Frappé surtout par l'origine traumatique de ces tremblements, il les rattache à une névrose spéciale créée par le traumatisme et qu'il dénomme, naturellement ! *pseudo-paralysie agitante*.

« Ne serait-il pas plus simple, plus logique, — dit M. Dutil, comme tout à l'heure M. Souques pour la sclérose en plaques, — de rattacher ces faits à la névrose hystérique? Des anesthésies cutanées, des anesthésies sensorielles, le rétrécissement du champ visuel, des vertiges qui prendraient peut-être un caractère plus significatif si l'on avait des détails sur les sensations subjectives qui les accompagnent, est-ce que tout cela n'est pas purement et simplement hystérique? Nous n'avons pas à recommencer ici la querelle des névroses traumatiques. Nous ferons seulement remarquer que s'il suffisait, pour édifier des espèces nouvelles, de produire des faits de l'ordre de ceux que nous venons de citer en leur appliquant le procédé d'interprétation clinique dont s'est servi M. Oppenheim, nous aurions pu bâtir, dans le cours du présent travail, un assez joli nombre de névroses. C'est ainsi que nous aurions déjà : la pseudo-paralysie générale, la pseudo-sclérose en plaques, le tremblement pseudo-mercuriel, la pseudo-paraplégie spasmodique, etc. »

Nous ajouterons que M. Ewart a, tout récemment, rapporté un nouveau cas de simulation de la paralysie agitante par l'hystérie, à la Société Harvéienne de Londres (1).

Disons enfin, pour en terminer avec les *tremblements lents*, qu'ils peuvent se localiser à un membre ou à un segment de membre, à la main, par exemple, et que, parfois, leur rhythme simule à s'y méprendre celui d'une affection encore bien mal connue : le *tremblement sénile,* qui, à l'inverse de ce que son nom semble indiquer, n'est que rarement l'apanage de la vieillesse, en ce sens qu'il débute, le plus souvent, avant l'apparition des signes de la sénilité (2).

(1) Analysé *in Mercredi médical*, n° 18, p. 235, 6 mai 1891.

(2) C'est dans les tremblements vibratoires qu'il faudrait ranger, au point

*
* *

Il ne faudrait pas croire, d'après la description que nous venons de donner, que tous les tremblements hystériques soient susceptibles de rentrer dans une des catégories que nous avons étudiées avec MM. Charcot et Dutil.

Ce dernier auteur consacre, en effet, un chapitre de son intéressante monographie à l'étude des *tremblements de formes variées et changeantes,* sur lesquelles, on le comprend, il nous est bien difficile de nous appesantir. Comme les précédents, ces tremblements peuvent être généralisés, à localisation monoplégique ou hémiplégique. Ils peuvent s'accompagner de mouvements choréiques et, à ce titre et à bien d'autres, simuler les tremblements ou les mouvements choréiformes qui accompagnent certaines tumeurs cérébrales. On lira donc avec profit la dix-huitième observation du mémoire de M. Dutil, car elle montre comment l'existence de deux tumeurs symétriques des deux couches optiques avait pu s'accompagner, pendant la vie, d'un tremblement à forme hémiplégique, ressemblant à s'y méprendre à certaines formes du tremblement hystérique. La malade présentait de plus un double rétrécissement concentrique du champ visuel. Répétons encore, à ce propos, que M. Charcot (1) a montré, pièces en main, que certaines lésions de la capsule interne (région postérieure) pouvaient s'accompagner d'un rétrécissement concentrique du champ visuel et aussi d'hémianesthésie; on

de vue du diagnostic avec les tremblements hystériques, le *tremblement héréditaire* qui, suivant M. Debove, présenterait 8 à 9 oscillations par seconde. (*Du tremblement héréditaire : Gaz. des hôp.*, 27 août 1891, n° 99, p. 921.) Cette variété doit-elle se confondre avec le *tremblement* dit *sénile?* C'est l'opinion vers laquelle tend à incliner M. Charcot. (*Leçons du mardi à la Salp.*, t. I, 1887-1888, p. 565.) Voy. aussi Fernet, Th. agrég. de Paris, et la thèse récente de Max Rubens, *Ein Beitrag zur Lehere vom Tremor hereditarius.* Inaug. Dissert. Wurzburg, 1891. Anal. *in Neurol. Centr.*, n° 19, 1er oct. 1891, p. 601.

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière,* t. I, 1887-1888, p. 295 et 568.

comprend donc combien, dans certains cas, le diagnostic sera difficile, d'autant qu'il ne faut pas oublier que, par son polymorphisme, le tremblement hystérique peut simuler tous les autres, et que les classifications qu'on en a proposées, si elles sont excellentes, voire indispensables pour l'étude, ne sont pas moins susceptibles d'adjonctions, ou de disjonctions, qui en atténuent singulièrement la valeur et la portée cliniques.

Ces dernières considérations trouvent leur application immédiate, à propos d'un récent mémoire dans lequel M. Ch. Féré a établi qu'il peut exister, *chez les épileptiques, des tremblements* qui, à notre avis, méritent d'être différenciés des tremblements hystériques (1).

« Les attaques de tremblement des épileptiques, dit-il, se présentent sous des aspects assez divers. Le tremblement peut faire partie d'une attaque convulsive ordinaire dont il ne constitue qu'un épisode; il peut se présenter comme seul symptôme convulsif dans un paroxysme avec perte de connaissance. D'autres fois, au lieu de faire partie d'une décharge brusque et de peu de durée, il se présente comme phénomène principal sans perte de connaissance, et constitue alors des attaques de longue durée qui peuvent se prolonger des heures et même des jours entiers. Dans ces diverses formes d'attaque, le tremblement peut être général ou local. »

A bien dire, ceci nous montre que les tremblements épileptiques, de même que les tremblements hystériques, peuvent se présenter sous forme de *paroxysmes,* et aussi peut-être, — car les observations sont encore isolées, — sous forme de *stigmates permanents.*

Lorsque les tremblements se présentent sous forme de paroxysmes, d'attaques, on aura pour se guider ce fait que, à l'instar de ce qui se passe dans tous les accès d'épilepsie convulsive, la température monte, alors que, dans les mêmes conditions, elle reste normale dans l'*hystérie,*

(1) *Note sur les attaques de tremblement chez les épileptiques : Revue de médecine,* n° 6, 1891, p. 513.

ainsi que l'a montré M. Bourneville. De plus, comme nous le dirons, le paroxysme épileptique se juge par des phénomènes chimiques qui sont absolument l'opposé de ceux que nous avons découverts, avec M. Cathelineau, pour le paroxysme hystérique.

Le caractère tiré du rhythme des oscillations (7 à 10 par seconde) serait beaucoup moins instructif, car on peut également l'observer dans l'hystérie. L'étude des antécédents pathologiques serait, par contre, bien plus importante, si l'on tient compte, toutefois, que l'épilepsie et l'hystérie peuvent parfaitement s'associer pour constituer ce que M. Charcot a appelé l'*hystéro-épilepsie à crises distinctes*. C'est évidemment ce passé pathologique qu'il faudra interroger, surtout lorsque les tremblements épileptiques *généralisés* ou *partiels* se montreront sous forme de *stigmates permanents*.

En terminant ce chapitre, disons qu'il peut encore exister dans l'hystérie normale des *secousses musculaires* affectant, séparément ou non, le tronc, la tête ou les membres. Mais, à l'inverse des tremblements, ces *spasmes rhythmiques* (Charcot) se présentent si souvent sous forme d'attaque (*chorée rhythmée*), que nous les étudierons avec les paroxysmes convulsifs; nous devions néanmoins signaler leur existence en tant que constitutive d'une catégorie de stigmates permanents, d'autant qu'ils peuvent s'associer, s'entremêler avec ceux que nous venons de décrire au point d'embrouiller singulièrement le diagnostic (1).

(1) Grasset, *Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches : Archives de neurologie*, n°s 58 et 59, 1890. — Rémond, *Deux cas de tremblement hystérique* (2e obs.) : *Gazette des hôpitaux*, n° 3, 6 janvier 1891, p. 22. — Boinet, *Tremblement, tic, chorée rhythmée et syndrome fruste de Parkinson, de nature hystérique : Progrès médical*, n° 28, 11 juillet 1891, p. 21.

CHAPITRE ONZIÈME

DE L'ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES.

L'HYSTÉRIE EST UNE MALADIE PSYCHIQUE. — Jusqu'aux derniers travaux de la Salpêtrière, la femme hystérique était une simulatrice, une menteuse. — Notion de la dégénérescence mentale et de son association avec l'hystérie. — Le fond de l'état mental de l'hystérique est la *suggestibilité* et sa mise en œuvre.

Influence des *prodromes psychiques* et de la *période hallucinatoire* de l'attaque. — Influence prépondérante des rêves, des cauchemars et des *hallucinations nocturnes*. — Toutes ces hallucinations sont *professionnelles*.

Rêves et hallucinations à caractère érotique. — Leur influence sur l'état mental des incubes, des succubes, des *possédées*. — La fausse grossesse de Sœur Jeanne des Anges. — Importance médico-légale au point de vue des accusations portées par les hystériques. — Le dérèglement des sens est *psychique* et non *physique*.

Influence des suggestions extrinsèques à l'état de veille. — Elles s'allient aux autosuggestions nocturnes qu'elles provoquent.

ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE ET DE LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE réalisant l'ancien type hystérique. — Quelques exemples. — *Le suicide n'est pas simulé*. — Opinion de M. Pitres sur la simulation des hystériques.

Étude particulière de l'état mental hystérique *chez l'enfant, chez l'homme, chez la femme à l'époque de la ménopause* et pendant la *vieillesse*.

« Il faut, dit M. Charcot, prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une maladie psychique par excellence (1). » Dans ces conditions, on comprend qu'il doive forcément exister un *état mental hystérique* faisant partie, à l'instar des stigmates permanents, du fonds commun de la névrose dont la description trouve sa place ici même. Sa connaissance aussi complète que possible est — on en jugera — des plus importantes, car elle nous donnera la clef, l'interprétation, d'un grand nombre de phénomènes qui constituent la pathologie de l'hystérie.

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887, p. 205.

En dehors même de l'influence qu'il peut avoir sur la production de quantité de manifestations hystériques : attaques, paralysies ou contractures, cet état mental agit souvent lui-même pour son propre compte, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Sa mise en œuvre pervertie forme la quatrième période ou délirante de la grande attaque convulsive, et ce délire, prolongé sous forme d'état de mal, constitue la réalité de ce que l'on a improprement désigné sous le nom de *folie hystérique*.

D'après le plan que nous nous sommes tracé, il ne convient pas, évidemment, de décrire dans ce chapitre toutes les formes de ce délire, qui revêt tant de modalités qui, commençant avec l'attaque, constituent ces longues périodes d'état somnambulique allant jusqu'au dédoublement de la personnalité, tant elles se prolongent. Ces phénomènes, dont la connaissance est de date récente, méritent d'être étudiés en autant de chapitres particuliers qui rentrent directement dans la pathologie de l'hystérie.

Ce que nous voulons ici, c'est dire comment, psychiquement, se comporte l'hystérique en dehors des paroxysmes qui s'attaquent spécialement à son état mental. Chemin faisant, peut-être, certainement même, empiéterons-nous sur ces « syndromes épisodiques » de l'état mental des hystériques, de même que, décrivant, par exemple, les zones hystérogènes siégeant sur les trajets nerveux, il nous a été difficile de ne pas parler des paroxysmes, à la genèse desquels elles président. Toutefois, serons-nous bref, et le serons-nous pour éviter des dissociations à outrance. Nous le répétons, ce que nous voulons décrire dans ce chapitre, c'est l'*état mental ordinaire* des hystériques, celui sous lequel on est appelé journellement à les envisager; c'est leur manière d'être, c'est leur façon d'agir, de répondre aux incitations venues du dehors, c'est l'ensemble de leur être moral et intellectuel.

*
* *

Certes, écrivions-nous en mars-avril 1890 (1), dans un article qui forme le fond du présent chapitre, nous n'arrivons pas des premiers dans cette question, et il semble, à voir le nombre des travaux accumulés, qu'il ne reste rien à glaner dans un champ si souvent exploré par des maîtres dont l'opinion fait, d'habitude, autorité dans la science. Aussi ne nous serions-nous pas aventuré, à notre tour, dans ce domaine, si les opinions que nous allons exposer n'étaient celles que nous avons puisées directement dans l'enseignement de notre éminent maître, M. le professeur Charcot, et que l'on trouvera éparses dans ses œuvres. particulièrement dans le troisième volume de ses *Leçons sur les maladies du système nerveux,* et dans ces archives cliniques incomparables qui s'appellent les *Leçons du mardi à la Salpêtrière.* Nous ferons remarquer encore que, grâce à lui, dans ces dernières années, l'étude de l'hystérie chez l'homme a pris un développement jusqu'alors inconnu, et que, en ce qui regarde l'état mental de l'hystérie masculine, nous aurons à tenir compte des travaux d'un de ses élèves les plus distingués, M. Ballet (2), professeur agrégé, sans oublier MM. Marquézy (3) et Tabaraud (4), élèves à leur tour de ce dernier. En 1888, dans un article sur « la conception qu'on doit se faire de l'hystérie », M. Moëbius (5)

(1) GILLES DE LA TOURETTE, *Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* t. III, 1890, mars-avril, p. 49-72. Voy. également l'article de M. Preston, qui fut notre élève particulier à la Salpêtrière : *The mental condition in hysteria. New-York medical Journ.,* 9 février 1889, p. 141.

(2) *État mental des héréditaires dégénérés : Arch. de médecine,* mars-avril 1888.

(3) *L'homme hystérique : Bulletin médical,* 1888, p. 1126, 1141.

(4) *Des rapports de la dégénérescense mentale et de l'hystérie.* Thèse de Paris, 1888.

(5) *Ueber den Begriff der Hysterie,* in *Centralblatt für Nervenheilkunde,* n° 3, 1888, p. 6.

a nettement caractérisé l'état mental des hystériques, et en 1889, M. Pierre Janet, dans son livre sur l'*Automatisme psychologique,* a émis sur le caractère des individus suggestibles des considérations dont nous aurons à parler pour en faire ressortir toute la justesse (1). Un travail d'ensemble fait seul actuellement défaut, et notre contribution se bornera uniquement à combler cette lacune (2).

L'état mental des hystériques femmes, en dehors des travaux de l'École de la Salpêtrière, a été particulièrement aussi étudié, depuis longtemps déjà, par Morel, Tardieu, Moreau (de Tours), Lasègue et Legrand du Saulle. En 1882, la mise au point en a été remarquablement faite, suivant les idées alors adoptées, par M. Huchard, qui a apporté dans cette question l'appoint de ses observations personnelles (3).

L'hystérique (femme) représente, pour ces derniers auteurs, un type extraordinairement complexe, d'une nature toute particulière, versatile à l'excès, *remarquable par son esprit de duplicité, de mensonge, de simulation.* Nature essentiellement perverse, l'hystérique ne cherche qu'à tromper ceux qui l'entourent, de même qu'elle a des impulsions qui la poussent à voler, à accuser sans cause, à incendier sans raison. « Un trait commun les caractérise, disait Tardieu, c'est la simulation instinctive, le besoin

(1) *L'automatisme psychologique,* Paris, 1889, p. 205.

(2) Si nous parlons encore ainsi dans ce *Traité,* c'est que, depuis la publication de notre article, il a paru une thèse de M. Colin : *Essai sur l'état mental des hystériques,* passée devant la Faculté de Paris, le 15 novembre 1890. Dans cette thèse, M. Colin, bien que *dûment averti* de la publication de notre article, qu'il reproduit en substance, feint d'en ignorer l'existence. Nous réclamons la priorité, parce qu'à la lecture de sa thèse nous ne voudrions pas qu'on pût nous classer parmi les auteurs dont il parle en ces termes : « On a beaucoup écrit sur l'état mental des hystériques; mais, chose singulière, tous les auteurs, ou à peu près, qui ont traité ce vaste sujet l'ont fait avec une arrière-pensée. Pour eux, l'esprit de « simulation » prime tout chez ce genre de malades ; c'est le mobile de leurs moindres actions. *Aussi quel tableau bizarre on nous fait de l'esprit des hystériques !* »

(3) *Caractère, mœurs, état mental des hystériques : Archives de neurologie,* t. III, 1882, p. 187.

invétéré et incessant de mentir sans intérêt, sans objet, uniquement pour mentir (1). »

Nous ne rapporterons pas plus au long cette description, édifice auquel tant d'auteurs ont apporté leur pierre.

Nous ne voulons que dégager l'impression que nous avons ressentie à la lecture des textes originaux, et nous la formulerons ainsi : l'état psychique de l'hystérique résume à peu près toute la pathologie mentale, depuis le délire aigu le plus franc jusqu'à la monomanie chronique la mieux caractérisée.

C'est la même impression qu'a tirée M. Colin (2) de ses recherches bibliographiques. Nous la trouvons d'autant meilleure, qu'elle n'est que la paraphrase, — en excellents termes d'ailleurs, — de l'opinion que nous avions exprimée avant lui :

« L'hystérie est un *caput mortuum* dans lequel on entasse tout ce qui semble étrange, tout ce que notre esprit, amateur de la théorie des causes finales, ne peut expliquer. C'est surtout lorsqu'il s'agit de malades « mentaux » que se dessine cette tendance. Qu'une malade étrange se présente, une déséquilibrée quelconque, une débile plus ou moins coquette, plus ou moins évaporée. C'est une hystérique, dit-on, et il semble qu'on ait tout dit. Bien souvent on ne sait pas au juste ce que c'est que l'hystérie, mais le mot est là, magique, incompréhensible pour la masse générale, et qui explique tout. »

Eh bien, nous croyons qu'en réalité il n'en est pas ainsi, et que, comme l'attaque d'hystérie, l'état mental hystérique a son déterminisme qui ne ressort pas nettement des travaux précités. Incontestablement, les observations sur

(1) Brodie ne partageait pas l'opinion des précédents auteurs lorsqu'il écrivait, traitant de l'arthralgie histérique : « Gardons-nous de faire cette déduction exagérée qu'on ne rencontre cette maladie que chez celles qui sont d'un naturel capricieux. Les jeunes femmes d'une vertu irréprochable et d'une grande intelligence ne sont pas à l'abri de ces affections. » Traduction française, p. 30.

(2) Colin, *op. cit.*, p. 17

lesquelles il a été établi étaient et sont encore de premier ordre, mais, à notre avis, un grand nombre de ces observations sont beaucoup trop compréhensives dans l'espèce.

Sous ce rapport, M. Charcot a, dans ces dernières années, introduit dans l'étude de l'hystérie un nouvel élément d'appréciation qui, dans la circonstance, nous tiendra lieu de fil conducteur. Si c'est à lui que revient l'honneur d'avoir nettement séparé l'hystérie de l'épilepsie et d'avoir montré que l'hystéro-épileptique de la vieille nomenclature de la Salpêtrière n'avait rien de commun avec l'épileptique, c'est encore à lui qu'il faut attribuer l'extrême mérite d'avoir fait l'hystérie « une et indivisible ». Elle « s'accole » très volontiers avec un grand nombre d'autres maladies nerveuses, mais sans se fusionner jamais avec elles. L'ataxie, la maladie de Friedreich (1), la sclérose en plaques, le goitre exophthalmique, la myopathie atrophique progressive, ont souvent pour *substratum* des individus hystériques, mais un œil exercé permet absolument de différencier les deux affections, alors qu'elles semblent le plus intimement unies.

Ce que M. Charcot a fait pour les phénomènes *physiques* de l'hystérie, il l'a aussi fait pour les phénomènes *psychiques*, puissamment secondé par M. Ballet et ses élèves, sans oublier les observations de M. Séglas (2) et la thèse récente de M. Roubinovitch (3), élève de M. Magnan.

L'hystérique, on le sait, est un nerveux héréditaire au premier chef, et si, peut-être plus souvent qu'ailleurs, on retrouve chez lui l'hérédité homologue de Morel, — mère hystérique, fille hystérique, — on note aussi, dans les antécédents maternels ou paternels, toute une filiation de vésaniques, d'aliénés, d'épileptiques, etc. En pathologie mentale, c'est l'arbre héraldique le plus luxuriant qu'il soit

(1) Gilles de la Tourette, Blocq, Huet, *Cinq cas de maladie de Friedreich : Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. II, 1888, p. 45.

(2) *Deux cas d'onomatomanie : coexistence chez un malade de l'hystérie et d'une variété spéciale d'onomatomanie (écholalie mentale) : Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 12 avril 1889.

(3) *Hystérie mâle et dégénérescence.* Thèse de Paris, 15 novembre 1890.

donné d'observer. La conclusion à en tirer, en se basant sur les faits, est que l'hystérique pourra peut-être plus que tout autre, en dehors de l'état mental qui lui est propre, présenter les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale si bien mis en lumière par M. Magnan et ses élèves (1).

Comment se formulent ces stigmates psychiques? Par la folie du doute, dit M. Magnan, les scrupules, le délire du toucher, l'agoraphobie, la dipsomanie, la pyromanie, la kleptomanie, les impulsions au suicide, les perversions, les aberrations sexuelles, etc., etc. Chacun des traits de ce tableau ne semble-t-il pas applicable à l'hystérie, et ne les retrouve-t-on pas, à chaque instant, dans les descriptions des auteurs qui, avant la période actuelle inaugurée par les travaux de M. Charcot, ont écrit sur l'état mental des hystériques? Hystériques les voleuses des grands magasins, hystériques les incendiaires, hystériques celles qui s'entourent d'animaux et sont atteintes de la « folie des antivivisectionnistes », autre stigmate de dégénérescence mentale, hystériques ces femmes à perversion sexuelle... Nous n'exagérons pas et nous pourrions étiqueter les observations. Qu'on relise Legrand du Saulle (2) et la thèse de son élève, M. Chabrun (3) !

A nous voir ainsi démembrer l'état mental des hystériques, on pourra, peut-être, se demander s'il en restera quelque chose. Croirait-on, par exemple, que nous ayons démoli pour ne pas réédifier? Bien au contraire! Notre unique but a été d'élaguer, d'écarter le faux, pour mieux mettre le vrai en pleine lumière, et cette vérité, ce quelque chose d'absolument spécial, se résume en ce mot gros de

(1) Nous emploierons, nous aussi, ce terme de « dégénérescence, dégénéré », tellement adopté aujourd'hui qu'il tend, comme autrefois le terme d'hystérique, à englober l'aliénation mentale tout entière. Nous préférerions de beaucoup, dans le sens où nous l'employons, le terme de « déséquilibré », proposé par M. Charcot, qui, lui, répond à un état mental vraiment particulier. (G. T.)

(2) *Les hystériques, état physique et état mental.* Paris, 1883.

(3) *État mental des hystériques.* Thèse de Paris, 1878.

conséquences, la *suggestibilité*. Nous n'inventons rien d'ailleurs; ce que nous allons dire a été vu, noté; mais c'est à une sélection que nous nous livrons, c'est à une mise au point que nous allons procéder à notre tour.

Pour élucider cette question, nous nous sommes livré à l'étude attentive de sujets nettement hystériques de par leurs stigmates physiques, présentant, en outre, les stigmates *psychiques* les plus indéniables de la dégénérescence mentale; puis nous avons également soumis à l'observation des hystériques non dégénérés. Dans tous ces cas, après avoir fait la part de la dégénérescence, cette notion de la suggestibilité nous a paru être la caractéristique cherchée. Si nous avons tant désiré nous trouver toujours en présence des stigmates physiques, c'est pour que, à l'inverse de bien des observations encore peu anciennes, le diagnostic d'hystérie ne pût, un seul instant, être mis en doute.

*
* *

Si l'état de suggestibilité est un, il n'en est pas moins extrêmement complexe, tout particulièrement dans sa mise en œuvre et dans les phénomènes qui découlent de son activité. Les suggestions peuvent venir du dehors, elles sont *extrinsèques;* lorsqu'elles sont *intrinsèques,* elles constituent l'autosuggestion dont l'importance est extrême en matière d'hystérie.

Étudions le mécanisme de la mise en œuvre de cette suggestibilité. Sous ce rapport, les attaques jouent un rôle prépondérant. L'attaque, en effet, ainsi que l'ont bien fait voir MM. Paul Richer, Bourneville et Regnard, ne commence pas seulement avec les convulsions. La période prodromique peut être assez longue : un jour, deux jours, trois jours et plus; pendant toute sa durée, les malades sont inquiètes, agitées, elles réagissent d'ailleurs de diverses façons : les unes sont excitées, disputent avec les personnes qui les entourent, sont insupportables à tout

le monde, ont des rires sans causes et des pleurs sans motifs; les autres, au contraire, sont abattues, déprimées, cherchent la solitude et ne répondent aux questions qu'on leur adresse qu'après maintes objurgations. Puis survient l'attaque, *ou celle-ci avorte,* comme chez les enfants, par exemple, où M. Charcot (1) a montré que l'attaque revêtait souvent la forme maniaque et se passait, pour ainsi dire, toute en prodromes psychiques entrecoupés de quelques contractions des bras, de quelques convulsions des globes oculaires, placées là, pour ainsi dire, pour montrer que la période convulsive ne perd que rarement ses droits.

Tous ces prodromes ne sont pas constitutifs, à proprement parler, de l'état mental des hystériques, ils appartiennent à l'attaque et doivent être considérés comme des phénomènes transitoires. Mais chez certains malades, adultes et enfants, ils peuvent, par leur succession, créer une sorte d'état permanent qu'il était nécessaire de faire ressortir. Du reste, à la ville comme à l'hôpital, on ne se trompe guère au bout d'un certain temps d'expérience; lorsqu'on voit apparaître ces modifications psychiques, on pressent l'attaque qui va venir, et si, au bout d'un certain temps, les phénomènes convulsifs ne se sont pas produits et que les troubles mentaux persistent plus longtemps qu'à l'ordinaire, on peut prédire que l'attaque ne viendra pas : elle a eu son *équivalent psychique.*

Chez les enfants, avons-nous dit, l'attaque se passe fréquemment en prodromes psychiques; mais, dans ces cas, elle est souvent plus complète qu'on ne le pourrait croire à un examen superficiel, car, dans la majorité des faits, ces prodromes s'accompagnent du rêve, qui caractérise la quatrième période du paroxysme convulsif. On conçoit qu'il puisse en être de même chez les adultes.

C'est ce rêve, en effet, objectivé dans les hallucinations

(1) Charcot, *Spiritisme et hystérie,* 16e leçon, recueillie par Gilles de la Tourette, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, 1887, p. 227. — P. Blocq, *Hystérie maniaque infantile* (tirage à part de 11 pages), Paris, 1890.

des attitudes passionnelles si magistralement étudiées par M. Charcot, qui, chez les hystériques à attaques, va singulièrement influencer l'état mental dans les intervalles des accès. Lorsque l'attaque est terminée, le cerveau de l'hystérique a gardé de ce rêve une impression profonde, créée par les souvenirs anciens qu'il a réveillés, — car le rêve est toujours, ou le plus souvent, un rappel de faits passés, vécus, — impression d'où naît la joie et la tristesse, plus souvent cette dernière, car la phase triste est toujours plus intense que la phase gaie. L'hystérique va, pendant plusieurs jours, rester obsédée par le souvenir de cet acte de sa vie passée, considérablement agrandi, démesurément grossi. Bien mieux, au sortir de son attaque, elle peut ne pas se souvenir des hallucinations, du rêve qu'elle a eus, et rester triste (le plus souvent) pendant des journées entières, sans pouvoir trouver de raison plausible à sa tristesse. Combien de fois, assistant à une attaque dont la quatrième période se comportait d'une façon spéciale, n'avons-nous pas prédit comment serait l'état mental des jours suivants, alors que la malade ne gardait qu'un souvenir confus de son rêve de l'attaque dont les expressions, à la vérité, avaient été si variées et s'étaient succédé avec une si grande rapidité ! Qu'on supprime les phénomènes convulsifs, comme dans les prodromes dont nous avons parlé, et l'on se trouvera encore bien plus embarrassé pour expliquer les changements de caractère qui rendent, temporairement au moins, tant que l'impression du rêve se fera sentir, certaines hystériques insupportables.



Les hallucinations qui terminent si souvent l'attaque ou qui la constituent en partie ont, ainsi que nous le voyons, une si grande influence sur l'état mental des hystériques, qu'il nous faut y insister quelque peu.

Elles ont parfois une telle intensité qu'elles donnent, au

sortir de l'attaque, l'illusion du fait accompli. Nous avons vu un de nos malades, un homme, l'attaque terminée, se lever brusquement, ouvrir les fenêtres et chasser le chat noir purement immatériel qui venait de le tourmenter et le narguait encore sur son lit. C'est le rêve qui, l'attaque finie, pousse Sœur Jeanne des Anges à accuser Grandier de l'avoir ensorcelée, Madeleine de la Palud à dénoncer Gauffridi, et Loyse Capel, Ursuline elle aussi, à faire monter sur le bûcher la malheureuse Honorée. Qu'on relise ces procès de sorcellerie, et l'on verra l'accusation se formuler encore plus nette après chaque attaque infailliblement déterminée par un nouvel exorcisme.

C'est le rêve de l'attaque qui peut produire directement les troubles physiques, une paraplégie si le malade a cru tomber dans un précipice, et aussi ces ecchymoses spontanées dont nous avons esquissé l'histoire clinique (1). Qu'on relise les épidémies de possession, chemin faisant on rencontrera de nombreux exemples de ces faits. Le diable, dans la circonstance, est souvent acteur dans le rêve des hystériques. Revêtu d'une forme horrible, il les *agite* violemment, les frappe, les roue de coups, qui se traduisent par des ecchymoses que les malheureuses possédées montrent aux assistants émerveillés, comme signes indéniables de la possession.

« Environ le minuit, dit Sœur Jeanne des Anges (2), comme je veillois le Saint Sacrement dans nostre chambre, je vis proche de moy la forme de deux hommes extrêmement horribles et je sentis une grande puanteur. Ils tenoient chacun en leur main des verges ; ils me saisirent par le bras avec beaucoup de furie; ils me dépouillèrent et m'attachèrent à la quenouille de nostre lit; ils me fouettèrent environ une, deux heures ou plus. Mon bon ange parut : il les renversa par terre, ils hurlèrent comme des chiens,

(1) Gilles de la Tourette, *Considérations sur les ecchymoses spontanées*, *op. cit.*

(2) Legué et Gilles de la Tourette, *Sœur Jeanne des Anges*, *op. cit.*, p. 272.

il les contraignit de s'enfuir. Ils me laissèrent le corps tout déchiré. »

En 1642, dans la possession de Louviers, Madeleine Bavent voit le diable sous la forme d'un petit cerf-volant fort noir (1). On sait combien la zoopsie est fréquente chez les hystériques, et combien leurs hallucinations, fait déjà noté par Briquet, se rapprochent de celles des alcooliques. « Il se jettoit sur mon bras, dit-elle, quand je voulois commencer à parler, me pesoit autant qu'une maison, me frappoit la teste contre les parois, me renversoit par terre au parloir. Si je changeois de place, en espérance d'estre plus libre, je ne le voyois pas néantmoins toujours, et cela n'empeschoit pas que je ne fusse maltraittée jusques à faire compassion et donner de la pitié aux personnes. Les coups qu'on me donnoit estoient ouïs, et on me voyoit *toute meurtrie et livide, toute noire et plombée,* toute gâtée et mal accomodée, sans sçavoir d'où pouvoient venir mes *battures.* »

A une époque moins reculée, une hystérique montrait après ses attaques, notamment sur les cuisses, des taches noires provenant des contusions que le diable lui avait faites « en la frappant rudement avec sa queue de fer, parce qu'elle ne voulait pas céder à ses tentations (2) ».

Nous ne citons, bien entendu, que les cas où il est possible de donner une interprétation, et dans beaucoup celle-ci ne saurait être trouvée, ce qui ne complique pas peu la situation. L'interprétation, en effet, ne se base que sur ce que l'hystérique a rêvé ou dit avoir rêvé pendant l'attaque; mais faut-il encore qu'elle se souvienne de son rêve. Or, il en est dont on a nettement observé les attitudes passionnelles, compagnes presque obligées du rêve, et qui ne se souviennent en rien, au réveil, de ce qui s'est passé. Bien qu'ignoré, ce rêve, avec ses phases parfois si diverses, n'en

(1) *Histoire de Madeleine Bavent, religieuse du monastère de Saint-Louis de Louviers.* Rouen, J. Lemonnyer, 1878, p. 30 (*réimpression*).

(2) Bergeret, *Quelques causes d'erreur dans les recherches médico-légales : Annales d'hygiène et de médecine légale,* 1863, t. XIX, p. 403.

a pas moins impressionné le cerveau; il a modifié à son gré l'état mental, qui semble d'autant plus bizarre, heurté, que l'hystérique elle-même ne trouve aucun sujet à sa tristesse, aucune cause à sa joie. Nous sommes persuadé que ce sont des opérations cérébrales de même ordre qui créent, chez les hystériques, ces *lacunes de la mémoire,* l'abolition de toute une période de la vie passée, période qui, le lendemain, peut revivre avec intensité pour s'effacer à nouveau les jours suivants. Ce sont ces lacunes de la mémoire qui leur font donner des versions différentes des mêmes faits et leur méritent les épithètes de menteuses, de simulatrices, dont on a tant abusé.

Il est à remarquer que, dans ces hallucinations qui accompagnent l'attaque, —lesquelles peuvent s'adresser à tous les sens, mais plus particulièrement au sens de la vue, — l'objet de l'hallucination, surtout dans celles où le diable jouait un si grand rôle, est presque toujours hideux et épouvantable.

« Une fois, dit Sœur Jeanne des Anges (1), un de ces maudits esprits prit la figure d'un dragon jettant le feu par la gueule. Il avoit les narines et les yeux étincelants comme des chandelles, lequel prenant sa course à perte d'haleine se vint jetter sur moy. Il me battit avec beaucoup d'outrage, il m'entraîna contre terre et il me dit beaucoup d'injures. »

On peut même assister à la transformation de l'hallucination dans ce dernier sens. « L'esprit malin s'est présenté à moy sous la forme de mon bon ange; il m'a dit des paroles d'applaudissement et a voulu me donner des assurances du pardon de mes fauttes et de l'amour de Nostre-Seigneur pour moy. Ce qu'il me dit mit mon âme dans l'inquiétude. Cela me porta a croyre que c'estoit mon ennemy et non mon bon ange; je méprisay cet esprit. Il changea sa beauté qui me paroissoit en une difformité épouvantable; il se rua sur moy avec beaucoup de vio-

(1) Legué et Gilles de la Tourette, *op. cit.*

lence, et, après m'avoir donné plusieurs coups, il se retira rampant comme un serpent sur la terre et hurlant comme un chien (1). »

Quelque forme qu'elles revêtent, ces hallucinations de la vue ont une caractéristique que M. Charcot a bien mise en lumière. La vision n'est pas immobile, elle apparaît en marchant dans un certain sens et dans une direction qui est toujours la même. « Les chats, les rats, etc., courent en passant devant la malade de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant que l'hémianesthésie siège à gauche ou à droite. Le point de départ de l'hallucination est toujours du côté anesthésié. Mais le plus souvent le fantôme passe aux côtés de la malade; il vient de derrière elle pour s'évanouir en avant, et cela, du côté insensible (2). » Et M. Charcot ajoute, en donnant l'observation d'une hystérique aveugle qui voyait des hommes *rouges,* qu'il n'est pas nécessaire que la vue soit conservée pour que l'hallucination se produise. Sainte Thérèse (3) avait, le plus souvent, ses hallucinations du côté gauche, et l'ange gardien de Sœur Jeanne des Anges lui apparaissait « au costé droit ».



Si l'autosuggestion s'effectuait uniquement sous l'influence de l'attaque, les phénomènes qu'elle entraîne avec elle, et qui ont une si grande place dans l'état mental des hystériques, seraient d'une facile interprétation. Mais il est loin d'en être ainsi, par ce fait qu'il est des hystériques chez lesquelles les attaques sont très espacées, et d'autres chez lesquelles l'attaque fait complètement défaut.

(1) *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.*, p. 297.

(2) *Des troubles de la vue chez les hystériques : Progrès médical,* n° 3, 1878. — Bosco, *Recherches sur les modifications de la pupille chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique,* in-8°, Montpellier, 1891.

(3) Voy. *Œuvres de sainte Thérèse,* traduites d'après les manuscrits originaux par le P. M. Bouix, 13ᵉ éd., t. I. *Vie de sainte Thérèse* écrite par elle-même. Paris, 1889.

Aussi nous faut-il tenir, désormais, le plus grand compte d'une autre série de faits se succédant pour ainsi dire sans relâche et qui pèsent du plus fort poids sur l'état mental de l'hystérique. Nous voulons parler des cauchemars et des rêves, déjà expressément notés par Sydenham.

« La nuit, dit-il (1), qui est pour les autres hommes un temps de repos et de tranquillité, devient pour les malades dont nous parlons, de même que pour les superstitieux, une occasion de mille chagrins et de mille craintes, à cause des rêves qu'ils font et qui roulent ordinairement sur des morts et des revenants. »

MM. Bourneville et Regnard (2) ont bien étudié le *sommeil* agité des hystériques, l'opposant, avec beaucoup de justesse, au sommeil lourd et pesant des épileptiques. « Lorsqu'on interroge, — disent-ils, — les parents des hystériques, sur le sommeil de ces malades durant leur enfance ou leur jeunesse, et avant l'apparition des attaques, ils vous racontent souvent que le sommeil était troublé par des rêves, surtout par des rêves pénibles... Mais la maladie une fois constituée, les troubles, légers jusqu'alors, deviennent beaucoup plus graves. Les interrogatoires auxquels nous avons soumis les malades et la surveillance que nous avons fait exercer sur elles nous permettent de tracer un tableau sommaire des caractères du sommeil des hystériques et de compléter les descriptions plus ou moins incomplètes qui en ont été données.

« Avant de s'endormir tout à fait, les hystériques s'assoupissent et se réveillent en sursaut à diverses reprises; elles ont des secousses, des sensations de fourmillement, des impatiences, principalement dans la moitié du corps qui est insensible. Dans cette période intermédiaire à la veille et au sommeil, elles ont quelquefois des hallucinations, s'imaginent qu'on leur cause, croient voir des personnes, des têtes bizarres, etc., autour de leur lit.

« Lorsque le sommeil est arrivé, il se produit presque

(1) SYDENHAM. Trad. Jault, *op. cit.*, p. 481.
(2) *Icon. phot. de la Salpêtrière,* t. III, 1879-1880, p. 88.

toujours des rêves nombreux et que l'on peut classer en rêves pénibles ou cauchemars, en rêves agréables et en rêves indifférents ; ces derniers portent sur les petits incidents du jour, les autres sur les événements de leur existence qui ont le plus vivement frappé leur imagination.

« Une fois éveillées dans le cours de la nuit, les malades se rendorment difficilement; alors elles retombent quelquefois dans leurs rêves, ou bien, de ce moment au lever, elles se plaignent fréquemment et sont encore plus agitées que dans le premier sommeil.

« Les crises qui précèdent immédiatement les attaques sont, en général, les plus mauvaises; c'est surtout dans cette période qu'elles ont des rires nerveux, des cauchemars plus répétés, des secousses, etc. Après les attaques, le sommeil est relativement meilleur. »

La notion de ces rêves, de ces cauchemars, disons le mot, de ces hallucinations nocturnes, est de la plus haute importance pour bien apprécier l'état mental des hystériques. Elles ont une grande analogie avec les hallucinations de l'attaque, ainsi d'ailleurs que le font remarquer MM. Bourneville et Regnard; mais elles sont beaucoup plus fréquentes que ces dernières, car elles se montrent, pour ainsi dire, toutes les nuits, alors que l'attaque est, en somme, un phénomène relativement rare. De plus, l'attaque et, partant, ses hallucinations ne passent guère inaperçues, qu'elle soit nocturne, ce qui est rare, ou diurne, ce qui est beaucoup plus fréquent, tandis que l'hystérique est seule, pour ainsi dire, le témoin de ses rêves qui influenceront l'état mental du lendemain, sans que son entourage sache à quoi attribuer les modifications de caractère qu'elle va souvent présenter, sans qu'elle-même puisse les relier à son rêve qu'elle peut avoir oublié! On s'explique alors très nettement la mobilité d'allures qui peut être le fonds du caractère de l'hystérique, qui peut varier du jour au lendemain avec la mobilité des rêves, des cauchemars et des hallucinations de la nuit précédente.

Il en est, en effet, chez lesquelles les rêves et les hallucinations nocturnes se déroulent avec la rapidité des images du kaléidoscope. « La nuit du jeudy 28ᵉ dudit mois de janvier, dit Sœur Jeanne des Anges, je fus fort travaillée depuis les neuf heures du soir d'une voix qui me parloit intérieurement; elle *me faisoit ressouvenir de toute ma vie, depuis l'âge de six ans jusqu'à ce tems* (1637); elle me reprochoit toutes mes fautes; mais elle m'accusoit de ce qui se passoit de déréglé dans ma possession, comme si j'en eusse esté coupable. Ces paroles me portèrent à un grand désespoir. »

Les tableaux les plus changeants passent devant leurs yeux, tour à tour gais ou tristes, le plus souvent tristes; elles ont, comme dans le rêve de l'attaque, des visions d'animaux fantastiques, d'animaux rouges ou gris, suivant les couleurs qu'elles possèdent encore; effrayées dans leur sommeil, elles s'agitent et parfois tombent en bas du lit. Même dans ces cas, et nous en avons des exemples par devers nous, elles ne se réveillent pas toujours; car, étant donnée l'anesthésie qui existe si souvent, les chutes ne sont pas toujours douloureusement senties. Si elles se réveillent, elles ne peuvent que difficilement se rendormir, et ces rêves reviennent à nouveau avec leur richesse fantasmagorique. A quel rêve rapporter alors l'impression qui influencera l'état mental du lendemain? Car, vu leur état d'impressionnabilité cérébrale, nous sommes persuadé, pour notre part, nous le répétons, que les rêves influent d'une façon extrême sur les actes de la vie journalière des hystériques et créent chez elles cet état mental versatile, inconstant, ou très décidé pendant un temps court, suivant la qualité et l'intensité du rêve. Le mécanisme est, du reste, absolument le même que pour le rêve de l'attaque : comme lui, il est susceptible de déterminer des phénomènes physiques, une paraplégie, ainsi que M. Féré (1) en a rapporté un remarquable exemple « con-

(1) *Société de biologie*, 20 novembre 1886.

sécutif à un rêve de course prolongée ». « Hystériques, dit M. Möbius (1), sont tous ces troubles morbides du corps qui sont causés par les idées. » Les paralysies « *on idea* » de Russel Reynolds sont également des paralysies suggestives.

M. Pitres a, lui aussi, bien montré que ces hallucinations nocturnes étaient, comme les hallucinations de l'attaque, susceptibles de s'accompagner de phénomènes douloureux persistants. « Une de nos malades, dit-il (2), reçoit, de temps en temps, la visite imaginaire d'une vieille femme qui la touche en différents points du corps, et, sur tous les points qu'elle a touchés, il se développe des zones hyperalgésiques qui persistent pendant plusieurs jours. »

Dans le même ordre d'idées, comme les hallucinations de l'attaque, l'intensité de ces rêves peut aller jusqu'à déterminer l'apparition de troubles trophiques.

Une de nos malades de la ville, jeune fille de dix-neuf ans, à hérédité nerveuse très chargée, appelait, le 9 décembre 1889, notre attention sur une « rougeur » siégeant à la face interne du tibia droit, qu'elle avait remarquée le matin même en vaquant aux soins de sa toilette. La veille au soir, à la suite d'une vive contrariété, elle avait eu une crise de larmes; son sommeil avait été entrecoupé par des rêves terrifiants, — ce qui lui arrivait souvent d'ailleurs, — et, vers le matin, elle avait ressenti une vive douleur à la face interne de la jambe droite. Elle fut toute surprise, en s'habillant, de constater à cet endroit la « tache » que nous avons indiquée, laquelle, de forme ovalaire à grand diamètre vertical, mesurait environ cinq centimètres de longueur sur trois centimètres de largeur. Elle fut encore plus surprise lorsque, au cours de nos recherches, elle constata avec nous qu'elle présentait une hémianesthésie droite particulièrement marquée au membre inférieur qui avait été, pendant la nuit, le siège des douleurs spontanées qu'on observe parfois chez les hystériques dans les régions anesthésiées.

(1) Möbius, *op. cit.*
(2) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. II, p. 39.

A quelles causes fallait-il attribuer le développement de cette hémorrhagie sous-cutanée qui, les jours suivants, jusqu'à sa disparition, passa par toutes les nuances ordinairement observées en pareil cas? La malade affirmait ne s'être pas heurtée; elle était sûre que l'ecchymose n'existait pas le soir au moment du coucher; il était non moins certain qu'il n'y avait pas eu, pendant la nuit, d'attaque convulsive.

Nous n'hésitâmes pas, pour notre part, à mettre sur le compte d'un rêve, dont, à la vérité, nous ne possédions pas tous les éléments d'appréciation, — étant donnée la perte du souvenir au réveil, — l'apparition de cette ecchymose, connaissant l'influence que possède le moral sur le physique de ces malades.

Les stigmates ainsi produits ne sont pas toujours apparents, mais leur réalité douloureuse, purement psychique d'ailleurs, n'en existe pas moins, ainsi que le montre le passage suivant, emprunté à la vie de sainte Thérèse, écrite par elle-même, « dans laquelle, dit M. le professeur Charcot (1), cette femme de génie, avec une subtilité d'analyse vraiment merveilleuse, nous fait pénétrer dans l'intimité de son mal ».

« D'autres fois, la douleur se fait sentir à un tel excès qu'on n'est plus capable ni de cette prière, ni de quoi que ce soit. Le corps en perd tout mouvement; il est tellement saisi qu'on ne peut remuer ni les pieds ni les mains. Si l'on est debout, les genoux fléchissent, on tombe sur soi-même en proie à un tel transport que l'on peut à peine

(1) Préface de *Sœur Jeanne des Anges*, par Legué et Gilles de la Tourette, p. 4. — On sait que sainte Thérèse était une hystérique extatique, ainsi que l'a démontré, corroborant ainsi l'opinion médicale, le P. G. Hahn, de la Compagnie de Jésus, dans un ouvrage : *Les phénomènes hystériques et les révélations de sainte Thérèse* (*Revue des questions scientifiques de Bruxelles*, t. XIII, 1883), couronné dans un concours par un jury nommé par l'évêque de Salamanque. Nous devons ajouter qu'un autre Jésuite, le P. de San (*Étude pathologico-théologique sur sainte Thérèse*, réponse au mémoire du P. G. Hahn, Louvain-Paris, 1886), a essayé de réfuter les idées émises par son collègue.

respirer. On laisse seulement échapper quelques soupirs très faibles en apparence, parce que toute force extérieure manque, mais très vifs par l'intensité de la douleur qui les arrache.

« Tandis que j'étais dans cet état, voici une vision dont le Seigneur daigna me favoriser à diverses reprises. J'apercevais près de moi, *du côté gauche*, un ange sous une forme corporelle. Il est extrêmement rare que je les voie ainsi. Quoique j'aie très souvent le bonheur de jouir de la présence des anges, je ne les vois que par une vision intellectuelle... Dans celle-ci, le Seigneur voulut que l'ange se montrât sous une forme sensible aux yeux de mon âme. Il n'était point grand, mais petit et très beau; à son visage enflammé, on reconnaissait un de ces esprits d'une très haute hiérarchie qui ne sont, ce semble, que flamme et amour. Il était apparemment de ceux qu'on nomme chérubins, car ils ne disent pas leurs noms. Mais je vois bien que, dans le ciel, il y a une si grande différence de certains anges à d'autres, et de ceux-ci à d'autres, que je ne saurais dire. Je voyais dans les mains de cet ange un long dard qui était d'or, et dont la pointe en fer avait à l'extrémité un peu de feu. De temps en temps, il le plongeait au travers de mon cœur et l'enfonçait jusqu'aux entrailles; en le retirant, il semblait me les emporter avec ce dard et me laissait tout embrasée d'amour de Dieu.

« La douleur de cette blessure était si vive qu'elle m'arrachait ces faibles soupirs dont je parlais naguère; mais cet indicible martyre me faisait goûter, en même temps, les plus suaves délices; aussi je ne pouvais ni en désirer la fin, ni trouver de bonheur hors de Dieu. *Ce n'est pas une souffrance corporelle, mais toute spirituelle, quoique le corps ne laisse pas d'y participer à un haut degré* (1). »

Mais l'hallucination peut avoir un effet curatif. Mme de Belciel, — en religion Sœur Jeanne des Anges, — fut atteinte, « le premier jour de l'an 1637, d'une grosse

(1) *Op. cit.*, trad. du P. Bouix, p. 362-364.

fièvre avec un violent mal de costé. Le médecin, nommé Fanton, fut appelé; il jugea que mon mal était une fausse pleurésie. » Rappelé le 26 du même mois, et « jugeant que c'estoit une vraie pleurésie, il me fit saigner jusqu'à septante fois, et on m'appliqua divers autres remèdes ».

Mais Sœur Jeanne allait de plus en plus mal, d'autant que, sans cesse visitée par ses exorcistes, elle avait de fréquentes attaques syncopales, avec hallucinations terrifiantes, qui avaient une fort mauvaise influence sur sa situation. La série des phénomènes hystériques augmentait tous les jours, et à la douleur de côté (pleuralgie) s'étaient joints des vomissements incessants comme en ont seules ces malades. Fanton était désespéré, et il avait le défaut de le laisser trop voir. « Votre maladie est mortelle, dit-il à la supérieure, la nature ne s'ayde point; votre estomac ne fait aucune fonction; on peut vous donner à manger tout ce que vous voudrez, les remèdes et les aliments que je vous ay ordonnés ne vous profitant pas. »

Sœur Jeanne pensa que la seule « Extresme Onction » la pouvait guérir. Elle la reçut en pleine crise hystérique.

Après la crise, « sur les six heures et demie du soir, dit-elle, je sentis un penchant à me reposer; je perdis aussitost tout sentiment corporel et l'usage de tous les sens extérieurs; je conservay les intérieurs, qui furent toujours libres en moy. Lors, j'eus la veüe d'une grande nuée qui environnoit le lit où j'estoys couchée; je vis, *au costé droit,* mon bon ange, qui estoit d'une rare beauté, ayant la forme d'un jeune homme de l'âge de dix-huit ans environ. Il avoit une longue chevelure blonde et brillante (1), laquelle couvroit le costé droit de l'épaule de mon confesseur. Cet

(1) Les recherches que nous avons faites avec le D[r] Legué pour la publication du manuscrit de la supérieure des Ursulines de Loudun (*op. cit.*, p. 196) nous ont permis d'établir que cette hallucination se rapportait à François de Vendôme, duc de Beaufort, dont le père était César de Vendôme, fils naturel de Henri IV et de Gabrielle d'Estrées. Ce prince, alors âgé de dix-huit ans, était venu en curieux à Loudun, et sa blonde chevelure et son air martial avaient vivement frappé l'imagination déréglée de Sœur Jeanne. Le manuscrit du P. Surin (l'un des exorcistes de la supérieure) est fort explicite

ange avoit un vestement blanc comme neige, tenant en main un cierge blanc fort grand et fort gros et fort allumé.

« Je vis aussy saint Joseph en forme et figure d'homme, ayant le visage plus resplendissant que le soleil, avec une grande chevelure. Sa barbe estoit à poil de chastain; il me parut avec une majesté bien plus qu'humaine, lequel appliqua sa main sur mon costé droit (1), où avoit esté toujours ma grande douleur. Il me semble qu'il me fit une

au sujet de cette hallucination et nous apprend, en effet, que la Sœur dit « que son bon ange avait une chevelure semblable à celle de ce prince ».

La précédente remarque a une grande importance, car les sujets qui peuplent les hallucinations de l'attaque ou les rêves nocturnes des hystériques — ce qui est tout un — ne sont pas, à proprement parler, des *inventions* de leur esprit. Un interrogatoire minutieux, souvent répété, surtout si l'on a su gagner la confiance des malades, en apprendra bien long à ce sujet. Et nous ne parlons pas, dans la circonstance, de faits grossiers, de la scène de viol ou d'agression qui a déterminé, par exemple, la première attaque et qui se retrouve presque constamment dans le rêve des accès ultérieurs.

Une de nos malades de Brive (Corrèze) voyait sans cesse dans ses rêves un éléphant, un crocodile et une tête de mort. Pour l'éléphant et le crocodile qui l'avaient effrayé un jour de visite dans une ménagerie de passage, l'interprétation était facile. Quant à la tête de mort, elle était représentée au pied d'une croix accrochée au mur de sa chambre; jamais elle n'avait pu se coucher sans la regarder avec appréhension, et, comme sa mère était fort pieuse, elle n'avait non plus jamais osé lui demander d'enlever cette croix, devant laquelle elle faisait sa prière de tous les soirs.

Les visions célestes de sainte Thérèse ressemblent aux tableaux qui ornent les murs des églises ou décorent les pages des missels. Sœur Jeanne des Anges, dont l'esprit est libidineux, les objective sous la forme du prince, qu'elle trouve beau. Quant aux animaux fantastiques, aux diables, ils ne diffèrent pas de ceux que la mythologie chrétienne a semés à profusion sous les pieds de ses archanges et de ses chérubins.

L'esprit des jeunes hystériques n'a pas besoin d'être exalté par toutes ces représentations extraordinaires, par des lectures exaltées; il est bien déjà trop impressionnable, trop suggestible. Deux de nos malades avaient des rêves nocturnes à grand spectacle pendant lesquels elles prononçaient des noms propres absolument inconnus des parents, justement inquiets. Or, ces noms se rapportaient à des personnages imaginaires, héros et héroïnes d'un feuilleton en cours de publication. Nous n'insistons pas sur les indications thérapeutiques, ou mieux prophylactiques, qui découlent de ces considérations. (G. T.)

(1) L'ange apparaissait du côté droit, qui était également le siège de la pleuralgie. Sœur Jeanne, nous le savons, avait aussi une *moitié* du corps tout grillé. Tout cela est confirmatif de la loi établie par M. Charcot et qui régit le sens d'apparition des hallucinations dont les acteurs se montrent toujours venant du côté affecté de troubles de sensibilité. (G. T.)

onction sur cette partie, après quoy je sentis revenir mes sens extérieurs et me trouvay entierement guerie. Je dis au Père et aux religieuses qui estoient dans ma chambre : « Je n'ay plus de mal, je suis guérie par la grâce de « Dieu. »

En apprenant cela, Fanton « fut tellement surpris qu'il pensa tomber à la renverse ». Furieux d'avoir été complice inconscient, d'ailleurs, dans ce qu'il considérait comme une vulgaire comédie, il refusa net de soigner désormais les Ursulines.

On voit que ce n'est pas seulement de nos jours que les hystériques ont été accusées de simulation, accusation qui tombe d'elle-même quand on apprend à mieux connaître leur état mental.

* * *

Nous venons de parler de la représentation nocturne, qu'avait Sœur Jeanne, du duc de Beaufort. Ceci nous conduit à consacrer quelques développements aux rêves et aux hallucinations nocturnes qui, chez la femme, revêtent parfois un *caractère érotique* que l'on constate bien moins souvent chez l'homme hystérique, quoique chez ce dernier le sommeil soit au moins aussi tourmenté que dans l'autre sexe.

C'est évidemment à la persistance, au réveil, de ces hallucinations, avec leurs sensations particulières, qu'il faut rapporter toutes ces histoires d'*incubes* et de *succubes* qui jouent un si grand rôle dans les épidémies de possession démoniaque, et qui, à notre époque, se retrouvent encore dans nombre d'observations et ont été la cause d'une des plus graves erreurs judiciaires des temps modernes.

Au dix-septième siècle, on enseignait couramment qu'une femme pouvait être fécondée par le démon, et le R. P. Sinistrari écrivait « qu'elle est directement imprégnée par le sperme de l'incube, lequel, étant animal et capable

d'engendrer, dispose d'un sperme qui lui est propre (1) ».

Les juges qui instruisaient le procès de ces malheureuses se gardaient bien d'être d'un autre avis que l'autorité ecclésiastique, et le cruel Pierre de Lancre, qui envoya au bûcher tant de malheureuses *sorcières,* croyait, lui aussi, « que les démons se forment un corps aéré avec lequel, bien que cela semble être chose merveilleuse et quasi impossible, ils peuvent pratiquer des actes de Vénus (2) ».

Aussi, dit M. Pitres (3), qui s'est livré à une exégèse savante d'un grand nombre de ces faits, « interprétait-on dans ce sens les confessions d'une foule de malheureux hallucinés que leurs déclarations conduisaient trop souvent au bûcher ».

Bodin (4) en rapporte de nombreux exemples. Une sorcière, nommée Jeanne Herviller, condamnée à être brûlée vive par arrêt du Parlement, avoua que, lorsqu'elle eut atteint l'âge de douze ans, sa mère la présenta au diable, lequel « coucha avec elle charnellement en la même sorte et manière que font les hommes avec les femmes, hormis que la semence estoit froide ». Depuis cette époque, il continua à avoir des rapports avec elle, tous les huit ou quinze jours, même lorsqu'elle était couchée près de son mari.

Une jeune religieuse du monastère de Nazareth, âgée de quatorze ans, raconta à ses compagnes « que Sathan, toutes les nuicts, venoit coucher avecques elle ».

Une sorcière de Laon, qui fut condamnée « à estre estranglée, puis bruslée... confessa que Sathan, qu'elle appeloit son compagnon, avoit sa compagnie ordinairement, et qu'elle sentoit la semence froide ».

Les hommes avaient quelquefois des hallucinations ana-

(1) *De la démonialité et des animaux incubes et succubes,* par le R. P. Sinistrari d'Ameno (1622-1701), éd. Liseux, Paris, 1882, p. 126, § 104.

(2) *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons,* etc. Paris, 1612, p. 214 (citat. Pitres).

(3) *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, op. cit.,* t. II, p. 37 et suiv.

(4) *De la démonomanie des sorciers.* Paris, 1587, p. 116.

logues. Pic de la Mirandole rapporte que deux prêtres sorciers furent brûlés vifs pour avoir eu, pendant fort longtemps, commerce avec des démons déguisés en femmes qui les accompagnaient partout sans que personne les aperçût.

Ce n'était pas là d'ailleurs un crime rare, exceptionnel. Jacques Sprenger et Paul Grillard, qui ont « fait les procès à une infinité de sorcières », le premier en Allemagne, le second en Italie, déclarent que presque toutes avaient « copulation charnelle avec le diable », et Bodin a bien soin d'ajouter que « telles copulations ne sont ni illusions ni maladies (1) ».

Mais, parmi toutes ces « possessions démoniaques », — le mot est ici singulièrement explicite, — il n'en est pas de plus complète que l'histoire de la *fausse grossesse* de Sœur Jeanne des Anges.

Celle-ci, qui, à chaque page du manuscrit que nous avons retrouvé et publié, se complaît dans la description de ses hallucinations érotiques, était possédée par sept démons, qui nous donnent une excellente idée de l'état mental de cette hystérique (2).

C'étaient : Asmodée leur chef, Isaacaron et Balaam personnifiant la luxure, Béhemoth la paresse, Léviathan l'orgueil, Grésil et Aman de nature indéterminée.

Ces démons, qui, dans ses hallucinations, revêtaient les plus horribles formes, la plongeaient dans un état mental tout particulier. « J'estois, dit-elle, des huit jours entiers en de continuels troubles, et, le plus souvent, je passois les nuits dans nostre jardin ; je ne sçavois point si quelque magicien ne m'avoit pas abusée hors de ma connoissance, dans mon trouble. A toute heure, ce malheureux esprit me sollicitoit dans le tems de ma liberté; si Dieu, par sa pure miséricorde, ne m'eût soutenue, je croys que je fusse tombée dans une de ces extrémités : ou de me désespérer, ou de m'abandonner au péché d'impureté... Touttes les nuits,

(1) Bodin, *op. cit.*, p. 118, 119, 120.
(2) Legué et Gilles de la Tourette, *op. cit.*, p. 69 et *passim*.

pendant presque six mois que cette opération dura, ce démon souffloit ou parloit continuellement à mes oreilles. Il prenoit très souvent des figures et paroissoit comme un dragon, un chien, un lion, un bouc et autres bestes; quelques foys il prenoit une forme humaine pour m'induire à des actions criminelles. »

Phénomène singulier, très important pour l'étude de la contagion nerveuse qui ne manque jamais de se produire lorsque plusieurs hystériques ou « hystérisables » sont réunies ensemble, les plaintes que proférait le démon devant les résistances de la supérieure des Ursulines « furent ouïes de touttes les Sœurs qui couchoient dans la chambre ».

Malgré ses résistances, Sœur Jeanne devait cependant succomber. « Isaacaron, qui estoit celuy qui opéroit le plus en moy et qui ne me donnoit quasy point de relasche, tiroit un grand avantage de mes laschetez pour me donner d'horribles tentations contre la chasteté. Il faisoit une opération sur mon corps la plus furieuse et la plus estrange qu'on se puisse imaginer, ensuite il me persuada vivement que j'estois grosse d'enfant, en sorte que je le croïois fermement et *j'en avois tous les signes qu'on en peut avoir.* »

A partir de ce moment, l'illusion chez elle devint si complète, le moral influença tellement le physique, qu'elle indiquait avec précision, comme si elle les éprouvait réellement, les diverses sensations qui se rapportent à la grossesse, en même temps qu'elle en présentait « tous les signes qu'on en peut avoir ».

Le scandale fut tel que Laubardemont, le sinistre émissaire de Richelieu, dut intervenir directement et informer de cet événement le cardinal. « C'est chose estrange, écrivait-il, qu'il paroît en elle des marques de grossesse par des vomissements continus, des douleurs d'estomach, et des sérositez blanchastres qui sortent de son sein après le cours de ses purgations arresté depuis trois mois (1). »

Puis, craignant de n'avoir pas été bien compris, il revient

(1) *État des Ursulines. Rapport à Richelieu.* Minist. aff. étrang., Arch. Poitou, folio III.

quelques jours plus tard, avec une nouvelle insistance, sur l'état de Jeanne des Anges; mais cette fois il s'exprime en latin : « *Illa nimirum a tribus mensibus patiebatur menstrui sanguinis moram importunam cujus congerie uterus intumescebat et ejusdem refluxu serositas admodum lactis albicans e mammis stillabat continue, quasi fœtus ista portenderent.* »

Suppression des règles, gonflement du ventre par tympanite, écoulements blanchâtres analogues à ceux qu'on observe parfois dans la grossesse, vomissements continuels et, de plus, *écoulement par les seins de sérosité lactescente :* où trouver un plus bel exemple de l'influence de l'état mental, une plus belle interprétation de ces troubles trophiques qu'on observe si fréquemment chez les hystériques et auxquels nous consacrerons un chapitre spécial?

Mais Sœur Jeanne, après tout, pouvait être véritablement grosse. Pas le moins du monde! Qu'on en juge plutôt. En butte aux railleries constantes des habitants de Loudun, qui se montraient fort incrédules vis-à-vis de cette possession entretenue par la rancune du cardinal; tenue en suspicion légitime par Laubardemont, que cette grossesse devait singulièrement contrarier, elle résolut de se faire périr avec le petit être qu'elle croyait porter dans son sein.

Décidée à en finir, elle monta dans un petit cabinet, tenant d'une main un grand couteau et portant de l'autre un vase rempli d'eau pour baptiser l'enfant. Avant d'accomplir son funeste projet, elle se jeta aux pieds du crucifix et fit quantité d'actes de contrition, « priant Dieu, dit-elle, avec insistance de me pardonner ma mort et celle de cette petite créature en cas que je fusse homicide de moy et d'elle, car j'estois bien résolue de l'étouffer après l'avoir baptisée ».

Une fois ces préparatifs religieux terminés, elle se déshabilla, en proie cependant « à de petites appréhensions d'estre condamnée si elle mouroit dans cette action, mais ces pensées n'estoient pas assez fortes pour la détourner de l'exécution de son mauvais dessein ». Elle fit une grande

ouverture à sa chemise avec des ciseaux, saisit son couteau et commença « de se le fourrer entre les deux costes proche de l'estomac avec une forte résolution de poursuivre jusqu'au bout ». Cette fois, c'en était trop pour son cerveau, et la scène se termina fort heureusement, sans effusion de sang, par une violente crise d'hystérie.

Nous retrouvons encore là l'influence de l'attaque sur l'apparition ou la disparition, ou mieux encore sur la modification des stigmates permanents de l'hystérie, parmi lesquels l'état mental susceptible d'enfanter de pareilles illusions doit occuper la place qu'il mérite à plus d'un titre. De grossesse, en effet, après cette attaque, il ne fut plus question; tous les signes « qu'on en peut avoir » disparurent comme par enchantement avec l'état d'esprit qui les avait engendrés. Mais l'état mental n'était que modifié, ainsi que le prouvent la série des hallucinations qui la hantèrent jusqu'à la fin de sa vie et sur lesquelles nous ne pouvons insister.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces rêves érotiques, qui dominent parfois l'état mental de certaines hystériques et dont elles sortent horriblement fatiguées le matin au réveil, leur soient toujours particulièrement agréables. Nous l'avons dit, et nous le répétons avec les auteurs qui se sont occupés de cette question, les hallucinations nocturnes et les rêves, s'ils sont parfois gais, se terminent, le plus souvent, d'une façon dramatique, désagréable, pour le patient.

M. Pitres a bien mis ce fait en lumière en étudiant les hallucinations sexuelles dont nous parlons. Madeleine Bavent (1), elle aussi, était en butte, au sabbat où elle croyait aller pendant la nuit, à la lubricité du démon qui la poursuivait sous forme d'un chat. « Il m'est arrivé, dit-elle, par deux fois, d'avoir rencontré, entrant dans ma cellule, ce maudit chat sur mon lit, en une posture la plus lascive qui se puisse dire, et portant tout le semblable des

(1) *Op. cit.*, p. 61.

hommes. Il m'effraya, et je pensai à m'échapper ; mais en un moment il saute sur moi, m'abat violemment sur le lit et jouit de moi par force, en me faisant sentir des tourments étranges. »

« Remarquez bien, dit M. Pitres (1), s'adressant à ses élèves, ce dernier membre de phase : *en me faisant sentir des tourments étranges*. Il est fort rare, en effet, que les hallucinations érotiques des hystériques soient accompagnées de sensations voluptueuses agréables. Dans la majorité des cas, l'illusion du rapprochement sexuel provoque même des douleurs aiguës. Les sorcières d'autrefois affirmaient presque toutes que, lorsque le diable avait des rapports avec elles, elles souffraient beaucoup. Elles disaient que son membre était long, rude, pointu, couvert d'écailles qui se relevaient en sortant et déchiraient le vagin. Du reste, toutes ces hallucinations hystériques sont susceptibles de s'accompagner de phénomènes douloureux intenses et permanents. »



Les faits que nous venons de rapporter, et qui montrent l'influence que peuvent avoir sur l'état mental ordinaire des hystériques les rêves et les hallucinations nocturnes, appartiennent, pour ainsi dire, à l'histoire ancienne de l'hystérie. *Au point de vue médico-légal,* ils n'en ont pas moins une importance capitale, puisque ce furent les accusations de Sœur Jeanne, reposant sur des hallucinations érotiques, qui conduisirent au bûcher l'infortuné Urbain Grandier, accusé d'un crime imaginaire. Dans d'autres cas, ces hallucinations furent funestes aux malheureuses hystériques, qui s'accusaient elles-mêmes de « *possessions* » qui n'existaient que dans leur imagination dévoyée.

La littérature actuelle, pour n'être pas, heureusement,

(1) Pitres, *op. cit.*, t. II, p. 39.

aussi riche en faits de ce genre, n'en est pas cependant complètement dépourvue. Nous en rapporterons quelques-uns, ne craignant pas d'insister sur cette partie de notre sujet qui, nous le répétons, a une si grande importance au point de vue médico-légal.

Le plus connu de tous n'est autre que la fameuse « *affaire La Roncière-Le Noury* », dans laquelle mademoiselle Marie de X... joua, en 1834, vis-à-vis du malheureux lieutenant, le même rôle que Sœur Jeanne des Anges vis-à-vis d'Urbain Grandier. Qu'on en juge d'après cet exposé, résumé de ses déclarations, dans lesquelles on retrouve une copie exacte des hallucinations de la supérieure des Ursulines de Loudun. . .

Voici ce qui se passa dans la nuit du 23 septembre 1834, à l'hôtel de son père, général commandant l'École de cavalerie de Saumur (1) :

« Il était environ deux heures du matin; la jeune fille était depuis longtemps endormie, quand tout à coup un bruit de vitres qui se brisent vint l'éveiller. Écartant ses rideaux, elle voit, à la clarté de la lune, un bras passer par le carreau cassé et lever la poignée de l'espagnolette de sa fenêtre; puis un homme pénétrer dans la chambre et se diriger rapidement vers la porte communiquant avec la chambre de sa gouvernante.

« A cette vue, par un mouvement spontané comme la pensée, Marie se précipite à bas de son lit et cherche à se faire un rempart d'une chaise derrière laquelle elle se place. Elle peut alors examiner l'homme qui vient de s'introduire chez elle. Il est de taille ordinaire, vêtu d'une capote en drap, coiffé d'un bonnet de police en drap *rouge* et qui paraît à la jeune fille avoir pour ornement un galon d'argent. Autour du col, il a une vaste cravate noire qui cache les oreilles.

« L'homme, la couvrant d'un regard effrayant, lui dit : « *Je vais* ou *je viens me venger* » ; en même temps, il se jette

(1) *Causes célèbres de tous les peuples*, 141e livraison.

sur elle et lui arrache violemment la chaise à laquelle elle se cramponnait convulsivement. Alors, il saisit la jeune fille par les épaules, la terrasse et lui arrache sa camisole de nuit, puis lui passe un mouchoir autour du cou et le serre de manière à ne laisser à sa victime que la faculté de pousser de faibles gémissements; ensuite il lui étreint le corps dans une corde, et il met ses pieds sur les jambes de la malheureuse enfant.

« Quand il l'a ainsi garrottée, il se penche sur elle et lui porte des coups violents sur la poitrine et sur les bras; il la mord au poignet droit. Et tout en frappant et en mordant, il dit « qu'il veut se venger de ce qui lui est « arrivé chez M. de M... deux jours auparavant... ».

« A mesure qu'il parle, son exaspération va croissant, et il redouble ses coups : « Depuis que je vous connais, « poursuit-il, il y a quelque chose en vous qui m'a donné « le désir de vous faire du mal. »

« A ces mots, la rage de ce forcené ne connaît plus de bornes. Il saisit un instrument que la jeune fille ne peut voir, mais qu'elle croit être un couteau, et lui en porte deux coups entre les jambes; d'autres coups sur les cuisses occasionnent des contusions graves. Jusque-là, le saisissement a laissé mademoiselle de M... sans voix; l'excès de la douleur lui rendant des forces, elle pousse des cris qui parviennent aux oreilles de miss Allen (sa gouvernante). Celle-ci se lève aussitôt, et l'homme, entendant le bruit qu'elle fait en frappant à la porte et en l'agitant pour l'ouvrir, pense qu'il est temps de songer à la retraite : « *En voilà assez pour elle* », dit-il en désignant mademoiselle de M...

« En même temps, il dépose une lettre sur la commode, il se retire par la fenêtre qui était restée entièrement ouverte. « *Tiens ferme* », dit-il, en s'adressant peut-être à un complice. Et il disparaît. »

Ce qui est plus singulier, c'est que miss Allen n'a rien vu, n'a rien entendu, si ce n'est les gémissements que pousse l'hystérique en proie à ses hallucinations, et celles-

ci étaient assez intenses pour que la malheureuse, s'habillant à la suite de cette scène, vît nettement son agresseur imaginaire se promener en la narguant sur le pont qui faisait face à sa chambre.

Quant aux coups soi-disant portés, ils avaient été si peu graves que, *deux jours après* l'attentat, mademoiselle de X... assistait à un bal; *trois mois plus tard*, un médecin commis par la justice constatait enfin une cicatrice à peine visible de trois lignes de longueur et d'une ligne de largeur!

L'infortuné lieutenant passa en cour d'assises, et malgré une admirable plaidoirie de Chaix d'Est-Ange, qui s'efforça de démontrer que mademoiselle de X... n'avait été victime que de ses hallucinations, il fut condamné à dix ans de reclusion. Il subit sa peine *en entier* à Clairvaux et ne fut réhabilité qu'en 1849, sur un rapport favorable d'Odilon Barrot, qui, en 1835, avait été l'avocat de la partie civile.

M. Pitres (1) rapporte le fait d'une hystérique qui, en proie elle aussi à des hallucinations nocturnes, accusa formellement un externe du service de se livrer sur elle à des attentats à la pudeur. « Toutes les nuits, dit-elle, il pénètre dans la salle par la fenêtre située *à gauche* de mon lit, il se couche à mon côté, m'embrasse et me fait des déclarations enflammées qui jettent le trouble dans mon esprit. S'il en restait là, je ne me plaindrais pas; mais, après m'avoir caressée, il me violente, et, sans égards pour mes supplications et mon état de faiblesse, il abuse brutalement de moi deux ou trois fois de rang. Puis, il me laisse meurtrie de coups et accablée de fatigue, en m'annonçant qu'il recommencera la nuit suivante. »

Toutes ces hallucinations érotiques sont coulées dans le même moule; mais si elles influencent singulièrement l'état mental des hystériques en les poussant à des accusations, à des dénonciations, dont elles sont le *primum movens*, il ne faudrait pas croire qu'elles rendent ces malades libidineuses et sensuelles à l'excès. Dire d'une femme :

(1) *Op. cit.*, t. II, p. 34.

« C'est une hystérique », équivaut, — dans le monde extra-médical tout au moins, — à la considérer comme une dévergondée. Rien n'est plus faux! le dérèglement des sens est, chez elle, *psychique* et non *physique*. C'est le plus souvent, — nous ne disons pas toujours, car il est des exceptions, même dans le sens contraire, — avec froideur que sont accueillis les rapprochements, qui portent sur des organes souvent anesthésiés, n'occasionnant que des sensations banales qui, dans cet ordre d'idées, deviennent bien vite répugnantes. Et encore l'acte génital peut-il engendrer une attaque par la pression d'une zone hystérogène, provoquer des douleurs intenses quand il existe de l'hyperesthésie accompagnée de contracture du sphincter vaginal.

Les hystériques, dans la période d'activité sexuelle, recherchent bien plus les prévenances, les attentions délicates de l'homme, que l'acte génital, qu'elles ne font souvent que tolérer. Si, après un certain temps de possession, l'acte subsiste seul ou à peu près, ou est trop souvent répété, la situation se tend, une rupture va éclater. Combien de ménages commencés ainsi sous les plus heureux auspices, la femme croyant d'autant plus aimer son futur mari que l'esprit chez elle, en vertu de la suggestibilité qui lui est propre, s'exalte si facilement, peut-être aux dépens des sens, deviennent de véritables enfers! L'acte sexuel a été pour l'hystérique plus qu'une désillusion, elle ne le comprend pas; il lui inspire des répugnances insurmontables. Les idées, disons mieux, les illusions qu'elle s'était formées sur l'amour, s'évanouissent, parce que chez elle les sens ne s'éveillent pas comme cela devrait être normalement. On voit d'ici les conséquences : le lit conjugal déserté, le mari cherchant ailleurs les satisfactions qu'on lui refuse ou qu'on lui accorde avec répugnance; la femme se désolant, en proie pour la première fois peut-être à des attaques convulsives qui vont se renouvelant de plus en plus, etc., etc... Nous aurons à tenir compte de ces données, lorsque nous parlerons de la question si souvent

controversée du mariage des hystériques; mais bien d'autres éléments que nous ne connaissons pas encore doivent entrer en ligne de compte pour la résoudre.

L'exposé que nous venons de faire ne correspond certainement pas à l'état mental de la généralité des hystériques; il est une simple modalité de leur état d'esprit, souvent liée à des troubles locaux de sensibilité qu'il faudra rechercher; mais, par sa fréquence même, cette modalité ruine la légende qui représentait ces malades comme des Messalines inassouvies.

Nous pouvons, à ce point de vue, invoquer l'autorité de Briquet (1). Après avoir constaté chez les hystériques, encore enfants, une grande impressionnabilité, il ajoute : « Cette prédisposition n'a rien de commun avec les organes génitaux; elle est fort différente du tempérament lascif et des besoins génitaux, sur lesquels se sont tant appesantis les auteurs anciens. »

Les considérations qu'il émet ensuite sur le *caractère* des hystériques femmes n'ont rien de très caractéristique. « Le caractère des hystériques présente, dit-il, également quelque chose de spécial. Les six septièmes des femmes hystériques que j'ai observées étaient d'un caractère vif; elles étaient vives dans leurs mouvements; un septième seulement se composait de personnes d'un aspect calme, ayant de la tenue dans les allures.

« On peut distinguer en trois classes la manière de sentir des femmes hystériques. La plus grande partie d'entre elles sont douées d'une extrême susceptibilité, s'offensant de tout, se piquant pour des riens, tout leur portant ombrage; le reste se compose à peu près en parties égales de femmes emportées, violentes, intraitables, et de sujets doux, sensibles, de véritables souffre-douleur. Tels sont les traits moraux que présentent les hystériques; ils ne sont pas nombreux, mais ils sont constants; ils portent sur les qualités affectives, et nullement sur les intellectuelles. »

(1) Briquet, *op. cit.*, p. 99.

On voit que Briquet n'a pas songé à séparer la dégénérescence mentale et l'hystérie, ou au moins à indiquer leur association fréquente; mais combien était-il plus dans la vérité que les auteurs qui l'ont suivi et ont chargé les hystériques de tous les crimes de la pathologie mentale !



Les autosuggestions que nous venons d'étudier, et qui tirent leur source des hallucinations de l'attaque ou des rêves du sommeil, peuvent également naître *à l'état de veille*. Dans ce cas, elles s'associent bien souvent, presque toujours même, pour sortir leurs effets, aux hallucinations nocturnes qui, par un mécanisme facile à comprendre, en sont fréquemment elles-mêmes la conséquence directe.

Les hystériques, — en cela nous sommes d'accord avec la majorité des auteurs, — sont, avons-nous dit, des êtres extrêmement impressionnables, et cette impressionnabilité, cette suggestibilité, nous la traduirons mieux que par des raisonnements, par des exemples empruntés aux leçons de M. le professeur Charcot. Ces exemples sont d'autant plus frappants qu'on peut y étudier, et la suggestion, et sa mise en œuvre par le cerveau d'un hystérique.

Un homme vigoureux (1), âgé de vingt-neuf ans, attelé à une charrette à bras, est culbuté par une lourde voiture de blanchisseur lancée à fond de train. Il perd connaissance pendant quelque temps. Un sergent de ville qui a assisté à la scène l'aide à se relever; il constate que si la charrette a été démolie, l'homme, qui n'a pas reçu directement le choc, est absolument sans blessures. Mais le cerveau a été extraordinairement impressionné; les nuits sans sommeil sont agitées par des cauchemars épouvantables, toujours les mêmes : une voiture arrive lancée à fond de train, le renverse, et les roues lui passent circulairement sur l'abdomen. Un matin, il se réveille avec une paraplégie

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 441.

hystérique qui dure cinq mois, et l'anesthésie qui l'accompagne se limite par une *ligne circulaire juste au niveau du passage présumé des roues de la voiture.* (Fig. 45, 46.)

Un autre est légèrement tamponné au niveau de l'épaule : la scène se représente dans ses rêves, et peu à peu

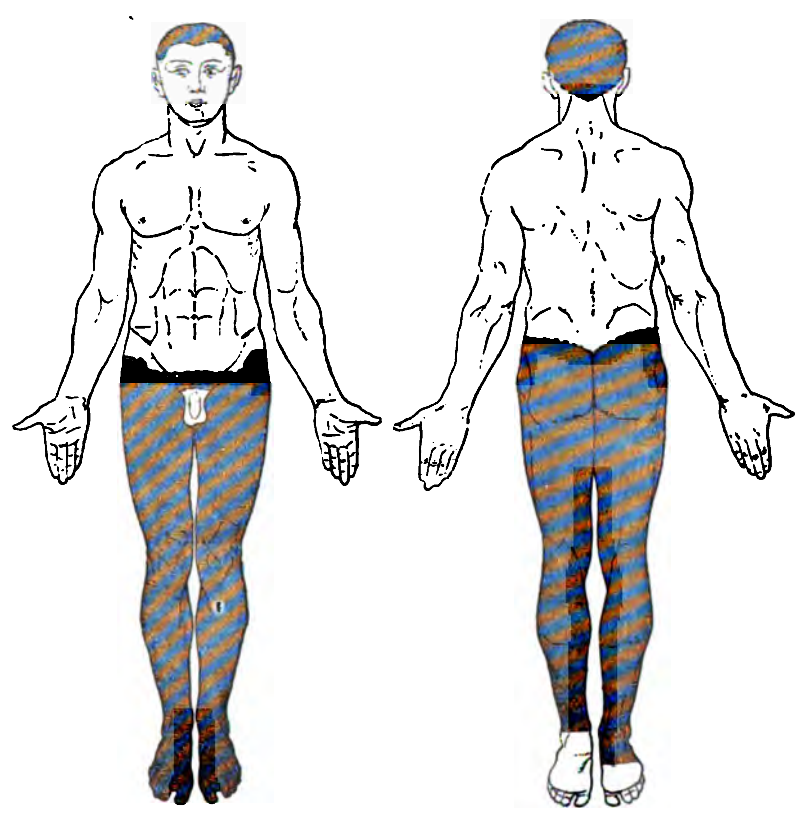


Fig. 45. Fig. 46.

s'installe une monoplégie brachiale avec anesthésie en gigot qui dure plus de deux années. La *suggestion traumatique,* comme l'appelle M. Charcot, germe plus ou moins vite, suivant l'état de suggestibilité cérébrale de l'hystérique. Elle peut être immédiate. Une femme gronde son enfant qui désobéit : elle lui donne une gifle d'un revers

de sa main qui reste paralysée avec anesthésie en manchette (1). Un troisième (2) tombe à l'eau en jetant l'épervier; la corde s'embarrasse autour de sa jambe gauche et le retient au fond de la rivière : toute la portion du membre inférieur serrée par la corde deviendra le siège d'une vive hyperesthésie.



En dehors de ces cas, où la suggestibilité appose pour ainsi dire sa signature, on comprend combien il en est d'autres où il est difficile de remonter à la source, et combien d'actes de la vie journalière, faite de joie ou de contrariétés, peuvent imprimer inconsciemment leur cachet sur l'esprit si impressionnable des hystériques, impressions qu'exagèrent encore, en les agrandissant outre mesure, les réves de la nuit, *professionnels* pour ainsi dire, comme ceux des alcooliques. C'est pour cela que, dans tous ces cas, l'isolement est le souverain baume de l'hystérie, et en l'instituant comme base d'un traitement qui n'en est plus à faire ses preuves, M. Charcot, on le voit, n'avait agi qu'en parfaite connaissance de cause.

Il est même des hystériques chez lesquels cet état de suggestibilité est si grand que pendant la veille ce sont de purs automates; leur état mental est absolument identique avec celui des somnambules hypnotiques, qui, d'ailleurs, sont eux aussi des hystériques, ainsi que nous l'avons péremptoirement démontré (3).

Nous connaissons une malade de cet ordre, hospitalisée depuis plusieurs années, qui, à ce point de vue, est un merveilleux sujet d'étude. Son état d'esprit est tel, qu'à l'état de veille on ne manque jamais, avec un peu d'insistance, de lui faire prendre la fiction pour

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-1889, p. 261.
(2) *Ibid.*, 1887-1888, p. 111.
(3) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. 2e éd., 1889. Plon, éditeur.

la réalité : on lui fait accepter des fleurs imaginaires, on détermine à volonté chez elle la joie ou la tristesse; son cerveau est une cire molle à la merci de la suggestion. Dans l'intervalle des attaques, elle est gaie, bonne pour ses camarades, surtout, comme elle le dit elle-même, lorsqu'elle a bien dormi; par contre, trois ou quatre jours avant son attaque, elle devient méchante, querelleuse, son sommeil est entrecoupé de cauchemars, et les surveillantes de la salle ne s'y trompent guère : « Hab... va être malade », viennent-elles nous dire, et nous savons alors quels accès formidables vont éclater.

Nous retrouverons ce fait en traitant de l'*état second,* auquel il appartient, en partie tout au moins. Mais dans ce dernier, qui doit être classé dans la pathologie de l'hystérie, le souvenir n'existe pas au réveil, tandis que dans les cas que nous étudions, les hallucinations nocturnes et diurnes laissent dans l'esprit une trace profonde qui, lorsqu'elle se répète, imprime à l'état mental un cachet tout particulier directement en rapport avec les hallucinations. Sœur Jeanne des Anges, en proie à de constantes hallucinations érotiques, est, à l'état de veille, une femme désireuse de plaire, d'être admirée ; le parloir est sans cesse encombré par des visites venues du dehors; la discipline de son couvent est plus que relâchée.

Sainte Thérèse, au contraire, aussi hystérique que la supérieure des Ursulines de Loudun, a des hallucinations mystiques de la plus haute élévation. Elle les analyse avec une pénétration extraordinaire, et les suggestions qu'elle en tire la portent à introduire dans son Ordre une réforme qui en fait bientôt l'un des plus florissants de la chrétienté.

M. Pierre Janet a bien montré l'*extraordinaire crédulité* des hystériques mise en œuvre par la suggestibilité, qui est la caractéristique de leur état mental et qui prend sa source dans les éléments si divers que nous avons analysés, en partie au moins.

« Lorsqu'on leur raconte des histoires, dit-il, au lieu de

les leur faire raconter, elles y croient tout autant et les prennent également pour des réalités. Je ne parle pas ici de ces hallucinations que l'on communique volontairement à une somnambule, je parle de faits journaliers qui se passent dans la vie mentale de ces esprits faibles. Lucie, en passant dans une rue, a entendu dire quelques mots sur une personne de sa connaissance. Le propos, tel qu'elle me le raconte, est absurde et n'avait probablement pas été dit de la même manière ; elle en resta cependant complètement convaincue, et il me fut impossible de la faire changer d'idée. Le plus invraisemblable exemple que j'aie vu de cette crédulité est le suivant : Une hystérique entend dire dans sa jeunesse, par un maladroit, que les femmes atteintes de sa maladie mouraient à la ménopause. Vingt ans plus tard, au moment des premières manifestations de l'âge critique, elle se prépare à mourir, étouffe, et serait peut-être morte si nous n'avions fini par découvrir son secret et par lui modifier, non sans peine, sa conviction. Elle se décida à vivre, et depuis se porte très bien.

« Rose était malade et paralysée : aucun remède, ni physique ni moral, ne semblait avoir de prise sur elle. Pendant le délire d'une crise d'hystérie, je l'entends dire : « On ne « me guérira pas ; ce n'est pas une maladie que j'ai ; je suis « ensorcelée par ce vieux sorcier que j'ai fâché contre moi ; « il n'y a rien à faire. » Je lui fis avouer cette singulière histoire et parvins, avec bien des difficultés, à lui enlever cette conviction vraiment délirante, et je n'eus plus de peine à supprimer la paralysie. Mais laissons de côté ces cas extrêmes, où la crédulité a des conséquences dramatiques ; constatons d'une manière générale que les hystériques éveillées ou endormies, peu importe, sont comme les petits enfants, qu'elles n'ont point besoin des pratiques hypnotiques pour être convaincues, et qu'elles croient tout ce qui frappe leur esprit. »

Voilà comment, croyons-nous, il faut comprendre, dans sa pureté, l'état mental de l'hystérique, femme ou homme, adulte ou enfant, quitte à revenir sur les particularités.

Suggestibilité et sa mise en œuvre, voilà les termes du problème parfois difficile à résoudre, car on ignore souvent les agents de cette mise en œuvre.

Avant de pousser plus profondément l'analyse, d'étudier les *cas associés* (1), nous voudrions dire quelques mots de l'influence des troubles, des stigmates physiques, sur ce que nous appellerions volontiers l'allure générale des hystériques. On a beaucoup parlé de leur coquetterie, de l'amour des femmes pour tout ce qui était voyant, pour ce qui « tirait l'œil », comme on dit vulgairement. Il ne faut pas oublier que l'hystérique femme est le plus souvent dyschromatopsique. Si elle orne son chapeau d'une fleur rouge, c'est qu'elle voit « tout gris », hormis cette couleur; si elle mange des citrons, des oignons crus, c'est que son palais anesthésique ne trouve pas de saveur à nos mets journaliers. Quant aux excitations génésiques, on sait aujourd'hui qu'en penser; elles sont beaucoup plus souvent *mentales* que réelles, et naissent, quand elles existent, des hallucinations érotiques que nous avons étudiées.

Enfin, nous avons vu un hystérique qu'on traitait d'excentrique parce qu'il se promenait dans les cours de la Salpêtrière, en hiver, vêtu seulement de sa chemise et d'un gilet. Or, il était anesthésique total, et le froid ne lui importait guère !

A l'aide des connaissances récemment acquises sur la névrose, on pourra donc, le plus souvent, interpréter la majorité des phénomènes si variés que présentent les hystériques; avant tout, il sera indispensable d'avoir des notions aussi précises que possible sur leur état mental.



L'hystérie, nous l'avons dit, peut se trouver associée à

(1) Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière, op. cit.*, 1888-1889, p. 392 : *Hystérie et dégénérescence chez l'homme.*

des stigmates de dégénérescence mentale (1). Après ce que nous avons exposé, la question se résume tout entière dans le diagnostic, et ces stigmates psychiques de dégénérescence, qu'on a encore de la tendance à englober dans le chapitre hystérie, sont assez bien connus aujourd'hui pour que nous n'ayons pas à les passer tous en revue. Nous voudrions seulement montrer comment ils s'associent avec l'hystérie, et aussi faire voir que, même lorsqu'ils dominent la scène morbide, ce qui arrive parfois, la suggestibilité sait parfaitement, de temps en temps, recouvrer tous ses droits.

Un exemple nous servira bien dans la circonstance. Nous avons, pendant près de deux ans, très minutieusement observé une hystérique mentalement, croyions-nous, aussi peu hystérique que possible, mais, par contre, dégénérée au maximum. Entrée à la Salpêtrière pour une contracture en voie de résolution, elle offrait le type le plus accompli du délire du toucher. Il lui était extrêmement difficile d'ouvrir une porte ornée d'un bouton de cuivre : non seulement elle éprouvait une angoisse intense lorsqu'elle était forcée de mettre sa main sur la plaque de métal, mais encore elle était prise, à ce moment (autre stigmate de dégénérescence), de sensations génitales extraordinairement pénibles. Mettre une lettre à la poste était pour elle une opération des plus compliquées. Et les scrupules! son cerveau en était hanté outre mesure, nous en savons quelque chose !

Quinze jours environ avant sa sortie de la Salpêtrière, on plaça à côté d'elle une femme atteinte de cette *maladie des tics convulsifs,* dont le premier, sous l'inspiration de notre maître, nous avons donné la description (2). Elle

(1) Boeteau, *Un cas de bestialité (chez un hystérique dégénéré)* : *France médicale,* n° 38, 18 sept. 1891, p. 593.

(2) Gilles de la Tourette, *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie : Archives de neurologie,* 1885; et la thèse de Catrou, Paris, 1890 : *Étude sur la maladie des tics convulsifs,* auquel nous avons communiqué vingt-huit observations jusqu'alors inédites.

ne parut cependant que moyennement incommodée, à la vue de ces soubresauts, en entendant les mots orduriers proférés par la coprolalique. Elle sortit alors de l'hôpital, et, un mois après, elle se présentait à nous avec la copie la plus parfaite de la maladie des tics convulsifs qu'il fût possible d'imaginer. Le délire du toucher n'en existait pas moins, mais la suggestibilité n'avait pas abdiqué devant lui, et M. Charcot, en présentant à ses auditeurs cette malade comme un type remarquable de la *simulation hystérique des tics convulsifs,* insistait sur la coexistence de ces deux éléments : suggestibilité hystérique d'une part, stigmates de dégénérescence mentale de l'autre. De plus, il avait bien soin d'insister sur ce point que le terme de simulation n'entraînait pas, dans son esprit, la conception qu'on s'en fait d'ordinaire chez les hystériques. Le simulateur vrai est un être raisonnant, actif : l'hystérique qui simule n'est pas conscient de sa simulation, c'est un être passif, une plaque photographique qui a enregistré ses impressions et les sert telles qu'elle les a reçues, parfois amplifiées cependant, mais toujours avec la bonne foi de l'inconscience. La simulation, voilà un terme dont on a outre mesure abusé dans l'hystérie, au point d'en faire la caractéristique de l'espèce morbide. Il faut bien dire que l'ignorance était pour beaucoup dans la partie.

Il faut éliminer, en effet, de la simulation les erreurs de diagnostic. Nous nous souvenons très bien avoir vu autrefois, dans un service de médecine, un cas type d'abasie trépidante, détermination hystérique alors absolument inconnue. Le malade, marié, père de famille, vivant d'une modeste place de comptable, était considéré comme un simulateur, venant à l'hôpital pour... — là les interprétations manquaient. Comme les *ventouses expulsives,* autrefois employées dans de pareils cas, étaient un peu démodées, on résolut de frapper l'esprit du malheureux, en apportant à l'improviste, dans la salle, un appareil électrique dont la mise en marche, renforcée pour la circonstance, faisait un bruit épouvantable. A la première

étincelle, longue d'un pouce, le malade sauta à bas de son lit, et se mit à courir en criant. Où trouver une meilleure confirmation du diagnostic de « simulation » qu'on porta sur sa pancarte ? Et pourtant, il avait guéri comme guérissent les hystériques !

Certainement il y a des simulateurs, et ces simulateurs peuvent être hystériques, mais ils ne simulent pas, croyons-nous, du fait de leur hystérie. Il y a toujours eu de par le monde des êtres pervers, menteurs, des cerveaux mal conformés, des dégénérés, en un mot, comme on les appelle aujourd'hui, ou mieux des *déséquilibrés,* ainsi que les dénomme, plus justement, M. Charcot; ils peuvent être hystériques, comme l'ataxique qui a des attaques, mais ils n'en sont pas moins des dégénérés. L'hystérique est un être tout autre ; son cerveau ne se prête pas aux combinaisons de longue durée, il est esclave de la suggestion du moment, c'est le moule où s'imprègne une suggestion inconsciente, et s'il manque aux lois de la société, c'est bien souvent en dehors de son propre fait, ainsi que l'a bien vu M. le docteur Laurent, ancien interne des prisons. « Comment un hystérique devient-il criminel? Rarement de lui-même. Ce n'est point à lui, en général, qu'appartient l'initiative du crime; presque toujours une volonté plus puissante a pesé sur la sienne... Il est par excellence l'être qui répond le mieux aux impressions venues du dehors, et il y obéit sans contrôle (1). »

Certainement, il y a le « crime hystérique », comme l'appelle M. Charcot, mais lequel ? Nous allons en donner des exemples.

Un malheureux garçon, élève dentiste, pénètre en plein jour dans la boutique d'un de ses voisins, marchand brocanteur. « Sans hâte, sans gêne aucune, dit M. P. Garnier dans son rapport (2), il transporte successivement dans la

(1) *Revue de l'hypnotisme,* novembre 1889, n° 5, p. 131. « *De l'action suggestive des milieux pénitentiaires sur les détenus hystériques.* »

(2) *L'automatisme somnambulique devant les tribunaux : Annales d'hygiène et de médecine légale,* avril 1887.

cour de sa maison divers objets mobiliers, et n'est interrompu dans sa besogne que par l'arrivée du marchand, qui l'appréhende aisément et requiert son arrestation. » On l'amène au Dépôt, et là, à peine sorti d'un ahurissement, d'une hébétude toute particulière, il ne tarde pas à protester avec indignation contre l'accusation qui pèse sur lui. Son passé est des plus honorables, et c'est singulièrement débuter dans le métier de voleur que de déménager en plein jour un marchand de meubles... C'est du reste un hystérique à stigmates, sujet à des attaques de sommeil, facilement hypnotisable, et l'expertise démontre qu'il a agi dans un accès d'automatisme somnambulique d'origine hystérique.

S'agissait-il là d'autosuggestion ou de suggestion extrinsèque? On ne saurait le dire; mais il n'en est pas de même dans le cas suivant, dont l'expertise fut confiée à notre éminent maître, M. le professeur Brouardel, alors que nous avions l'honneur d'être son préparateur. C'est dire que nous avons assisté à toutes les phases de cette intéressante affaire (1). Le sieur T... était l'amant de la demoiselle G..., hystérique à crises convulsives à forme léthargique ou de sommeil. La liaison durait depuis deux ans et demi, lorsque T... s'avisa de réclamer à la dame G..., mère de la plaignante, une somme d'argent qu'il lui avait prêtée. La mère, qui estimait probablement que T... devait au moins acheter son silence, résolut de se venger, et, au cours d'une des visites ordinaires que T... faisait à sa fille, elle l'assaillit, aidée de son fils, garçon vigoureux, qui, armé d'une énorme clef, laissa l'amant de sa sœur à moitié mort sur la place. Mais l'histoire ne finit pas là, et comme sa fille est enceinte, elle porte une plainte au parquet, accusant le sieur T... d'avoir violé son enfant pendant une attaque d'hystérie.

Le sieur T... est cité en cour d'assises : là il raconte simplement les faits; il est l'amant de la fille G... depuis

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, *op. cit.*, p. 519.

longtemps, au vu et au su de tout le monde, la mère et le fils y compris; des témoignages irrécusables en font foi, et il n'avait pas besoin d'attendre les attaques d'hystérie pour posséder sa maîtresse. La mère et le fils, auxquels il réclamait un argent dû, ont voulu se venger, et voilà tout.

Et la fille, que devenait-elle, là dedans? Elle ne se souvenait plus de rien : elle se bornait à répondre qu'elle n'avait jamais eu de rapports avec T..., ce qui, pour tout le monde, était assurément contraire à la vérité. Aussi le ministère public abandonna-t-il immédiatement l'accusation. Il est incontestable que ce n'était pas Mlle G... qui avait joué un rôle actif dans cette affaire.

C'est encore, à notre avis, la suggestibilité qui explique le besoin que certaines hystériques ont de faire parler d'elles : une fois un rôle accepté, elles le jouent jusque dans ses conséquences les plus extrêmes. Rien ne vaut que par elles, ou mieux par la suggestion qu'elles subissent et qu'elles exagèrent encore dans ses applications à mesure qu'elle s'ancre de plus en plus dans leur esprit. Et cela dans les sens les plus opposés, dans le domaine physique, ou mieux dans ses effets, comme dans les effets psychiques. « Marie, dit M. Pierre Janet (*op. cit*,. p. 209), ordinairement très douce et de bonne humeur, se fâche contre une servante et prend subitement la résolution de ne plus dire un mot à aucune des personnes de l'hôpital. Elle veut bien causer avec moi quand j'arrive, mais reste muette avec les autres. Cela dura plus de quinze jours et disparut subitement; l'accès passé, elle ne veut plus qu'on lui en parle et dit que ce n'était rien. Il serait trop facile d'ajouter ici une quantité d'exemples de la ténacité que ces esprits faibles montrent dans des actes qu'ils ont entrepris tout à fait au hasard et qu'ils cessent de même. »

Une remarque du même ordre, faite depuis longtemps et bien exposée par M. Huchard, est la « quiétude », l'indifférence d'esprit que montrent certains hystériques atteints d'une détermination locale de la névrose, d'une paraplégie, par exemple. Une fois frappés, ils semblent ne

plus se préoccuper de la localisation morbide qui, dans ces conditions, ne manque pas de persister. Dans ces cas, pour que la guérison survienne, il faut, en employant un terme vulgaire, « qu'une suggestion pousse l'autre ».

M. Charcot a parfaitement exposé ce mécanisme de la guérison chez les hystériques (1). Consulté une première fois pour une petite fille atteinte d'anorexie hystérique, il conseille l'isolement. Les parents, nerveux héréditaires, eux aussi, mais, en revanche, très peu suggestibles, refusent de se séparer de leur enfant. Celle-ci continue à dépérir et va mourir d'inanition, car les hystériques meurent parfaitement d'anorexie, quoi qu'on en ait dit; M. Charcot a observé « au moins quatre cas » de terminaison funeste dans ces circonstances. Les parents se décident alors à obtempérer aux prescriptions de notre maître. La guérison étant survenue, la fillette lui fit les confidences suivantes : « Tant que papa et maman ne m'ont pas quittée, en d'autres termes, tant que vous n'avez pas triomphé, car je savais que vous vouliez me faire enfermer, j'ai cru que ma maladie n'était pas sérieuse, et, comme j'avais horreur de manger, je ne mangeais pas. *Quand j'ai vu que vous étiez le maître,* j'ai eu peur et, malgré ma répugnance, j'ai essayé de manger et cela est venu peu à peu. » Où trouver un plus bel exemple d'autosuggestion et de suggestion extrinsèque s'exerçant chez une hystérique dans deux sens diamétralement opposés?

Il est, à ce propos, une remarque que nous avons faite ; un observateur attentif pourra parfois, en constatant le changement de l'état mental d'un sujet, prédire, ou tout au moins prévoir la guérison d'une hystérie locale. Un exemple puisé dans nos observations de la Clinique rendra mieux notre pensée. Une grosse fille de la campagne, présentant aussi peu que possible ce que l'on est convenu, — à faux du reste, — d'appeler le « tempérament hystérique », conduisait à califourchon un cheval à l'abreuvoir.

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux, op. cit.,* t. III, 17ᵉ leçon, p. 235.

La bête rue, et voilà l'amazone projetée en l'air et retombant de tout son poids, sur le siège, au milieu de la rivière, peu profonde d'ailleurs. « Suggestion traumatique », comme dit M. Charcot : la voici devenue triste, inquiète, toutes les nuits elle rêve à l'accident, et, un beau matin, elle se réveille contracturée des deux jambes : tous les cas sont coulés dans le même moule. La voici transportée dans un petit hôpital de province, où, malgré la croix et la bannière, c'est le cas de le dire, car on l'a quelque peu exorcisée, son cerveau reste réfractaire à toute idée de guérison. On la conduit alors à la Salpêtrière, où l'on constate chez elle les stigmates les plus indéniables de la névrose. Pendant un mois, elle reste confinée au lit; de temps en temps, on la transporte dans la cour, indifférente en apparence à tout ce qui l'entoure. Puis, au bout de quelque temps, changement complet d'allures : son caractère se modifie sans qu'il soit possible de savoir pourquoi, elle devient plus gaie, son esprit cherche à s'émanciper, elle se livre à des facéties rappelant la fable de l'*Ane et du petit Chien* :

Ne forçons point notre talent,
Nous ne ferions rien avec grâce.
Jamais un lourdaud, quoi qu'il fasse,
Ne saurait passer pour galant.

Nous lui proposons alors, en présence de ces symptômes, de faire quelques pas hors du lit. Elle consent à essayer, et huit jours plus tard, notre paraplégique de deux ans marchait parfaitement bien. Personne ne peut nier aujourd'hui que les guérisons dites miraculeuses ne soient autre chose que la mise en œuvre de phénomènes suggestifs. Il est malheureux même que, quel que soit l'agent de cette mise en œuvre, la suggestion ne puisse toujours s'exercer complètement, et qu'il y ait des hystériques réfractaires, ou au moins désireux de la puiser uniquement en eux-mêmes et en leur temps.

M. Charcot a d'ailleurs montré que, même dans les guérisons les plus merveilleuses, la suggestion curative ne s'exerçait le plus souvent que d'une façon incomplète, de

même qu'elle a souvent aussi procédé par saccades dans la production de l'effet morbide. Le membre paralysé, le bras, par exemple, ne retrouve pas subitement sa force dynamométrique normale, en l'absence même de troubles trophiques, et les stigmates sensitifs persistent bien longtemps encore après la disparition des troubles moteurs.



Telles sont les réflexions que nous inspire l'étude de l'état mental hystérique, plus particulièrement peut-être étudié chez la femme. Toutefois, tout ce que nous venons de dire est également applicable à l'enfant et à l'adulte, puisque, comme on l'a vu, nous avons, chemin faisant, emprunté nos exemples aux trois catégories de sujets. Il nous reste cependant à compléter notre description, car le sexe, l'âge, ont évidemment une certaine influence sur l'état mental de l'hystérique. Nous voudrions seulement, maintenant que nous connaissons la possibilité de l'association de l'hystérie avec la dégénérescence mentale, montrer que c'est justement sur ce type du dégénéré qu'a été copié l'état mental de l'hystérique que se sont plu à nous décrire la majorité des auteurs.

Il est à noter, d'ailleurs, que c'est le plus souvent d'aliénistes qu'émane la description : or, nous pouvons le dire dès maintenant, il n'existe pas de *folie hystérique*. En dehors de l'état mental particulier que nous connaissons déjà avec ses impulsions subites dues aux suggestions extrinsèques ou aux autosuggestions sous formes hallucinatoires, il n'existe que des états délirants, véritables états de mal toujours de courte durée, dont nous tracerons l'histoire, ou des périodes somnambuliques prolongées qui ne ressemblent en rien à la folie chronique, terme pris dans son sens le plus général. Aussi nous pourrions véritablement conclure, *à priori*, que les hystériques des asiles ont été internées pour des actes relevant de leur dégénérescence mentale, et non de l'hystérie, qui s'y est

associée. La folie des hystériques internés, que les aliénistes ont observée et décrite, existe véritablement, mais elle ne relève pas de l'hystérie. Les exemples de ce que nous avançons sont fort nombreux : nous allons en choisir quelques-uns de récents, pour montrer l'idée que bien des auteurs se font encore de l'hystérie. Ils nous serviront, de plus, à envisager certains côtés médico-légaux très importants à mettre en lumière.

Voici une femme qui a mis le feu à une meule de blé et est restée à la voir flamber. C'est une espèce de demiidiote érotomane persécutée, qui a voulu se venger d'ennemis imaginaires; elle en voit partout. Le docteur Bonnet, directeur d'un asile d'aliénés, est chargé de son examen. Son rapport, qu'il publie (1), est certainement ce qu'on peut voir de plus complet au point de vue auquel nous nous plaçons. Pas d'attaques convulsives; pas de recherche des stigmates permanents; rien d'hystérique en un mot. Mais, en répondant à l'interrogatoire, elle s'excite, son regard a une expression particulière; c'est de l'hystérie, à n'en pas douter! D'ailleurs, « la philosophie de ses allures n'a pas échappé au bon gendarme qui a arrêté la fille Le Ray, puisque, tout en constatant le manque de précision dans ses réponses, il met dans son procès-verbal qu'il ne la considère pas comme folle, à moins qu'elle ne soit atteinte d'un délire spécial qu'il est impuissant à constater ». Aussi M. Bonnet conclut-il : « 1° L'inculpée est atteinte de semi-imbécillité avec instincts pervers; 2° la faiblesse mentale congéniale se double d'un *délire hystéromaniaque prononcé.* » Combien d'incendiaires, de voleuses qualifiées d'hystériques, et dont les hauts faits forment la plus grande partie de l'ouvrage de Legrand du Saulle, n'étaient que des dégénérées, des aliénées, avec ou sans association de l'hystérie !

(1) Rapport médico-légal sur l'état mental de Le Ray (Victoire), inculpée d'incendie volontaire : semi-imbécillité, *hystéro-manie*, par le Dr H. Bonnet, médecin directeur de l'asile d'aliénés de la Roche-Gandon. *Ann. méd. psych.*, 1877, 5e série, t. XVIII, p. 389.

Mais on dira que le fait se passe en 1877, et que depuis lors la connaissance de l'hystérie a réalisé de singuliers progrès. Examinons un peu ce qu'écrit M. G. Hospital, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-Ferrand, sur les *hystériques infanticides*, sujet qui, comme on le voit, ne manque pas d'intérêt. L'article est du mois de septembre 1890 (1).

« Il y a peu de maladies sur lesquelles on ait tant écrit que sur l'*hystérie*. Elle est connue depuis la plus haute antiquité, et les auteurs nous apprennent que beaucoup de ces malades sont dangereuses, soit pour elles-mêmes, soit pour autrui. Lasègue a relaté leur forte tendance au mensonge effronté... Il faut donc être fort en défiance à leur égard... L'intervention de l'élément vésanique n'a pas peu contribué à faire étudier l'hystérie sous un point de vue plus large et à la faire considérer désormais comme essentiellement protéique. »

La découverte récente d'une partie des lois qui régissent l'hystérie nous ferait dire à peu près tout le contraire. Suivent deux rapports juridiques adressés au parquet, relativement à des hystériques infanticides.

Nous ne discuterons pas la seconde observation, qui a trait à une hystérique véritable, laquelle, dans une crise, étouffe involontairement son enfant « avec le bras posé sur le cou et prétend ne se souvenir de rien ». C'est un pur accident qui doit être fort rare dans l'hystérie, et voilà tout.

Mais, dans la première, il n'y pas plus trace d'hystérie que dans un cas de dégénérescence mentale pure. Qu'on en juge par les extraits suivants : « La femme A..., vingt-huit ans, habitant un village, est convaincue d'avoir noyé ses trois petits enfants à la nuit tombante. Antécédents : grand'mère et tante paternelles mortes folles; antécédents *personnels des plus caractéristiques :* excentricités, violence, scènes de fureur pour les moindres motifs; ne parle que de

(1) *Hystériques infanticides : Ann. méd. psych.*, 7e série, t. XII, p. 223, 1890.

tuer; on la marie, dans l'espoir d'assouplir son caractère : point; le ménage n'est plus supportable; c'est une série ininterrompue de batailles, d'injures, de menaces. Le jour de ses noces, elle stupéfie tous les assistants par ses emportements; dans ses moments de surexcitation, elle ne parle que de fortune, châteaux et mariages riches, etc. » L'observation se poursuit, toujours dans ce même ordre d'idées, qui nous offre un exemple remarquable du délire ambitieux des dégénérés. Mais pourquoi qualifier cette malheureuse d'hystérique infanticide? C'est que si nous avions, il n'y a qu'un instant, l'opinion du gendarme, nous possédons maintenant une lettre du maire, qui écrit : « Elle passe pour hystérique, et lorsque sa terrible maladie la prend, elle perd complètement la raison, devient folle furieuse, méchante et, selon son mari, capable de tout. » N'est-ce pas le cas de s'écrier, en paraphrasant un mot célèbre : « Hystérie, que de crimes on commet en ton nom ! »

*
* *

Ces notions si particulières, qui ont encore cours sur l'état mental de l'hystérique délictueuse ou criminelle, et qui en font le bouc émissaire chargé de tous les maux de la pathologie mentale, se retrouvent, avec une variante toutefois, lorsqu'on envisage les attentats qu'elle peut commettre sur elle-même, le suicide en un mot.

Mais, phénomène singulier, l'hystérique de tout à l'heure, qui était, sans contestation, tour à tour voleuse, mendiante, adultère, et commettait des assassinats, n'a pour ainsi dire plus le droit d'attenter à ses jours. C'est, par excellence, la simulatrice du suicide : « L'hystérique ment dans la mort, comme elle ment dans toutes les circonstances de sa vie, elle est dans son rôle (1). »

Citons encore quelques opinions des auteurs qui se sont

(1) Taguet, *Du suicide dans l'hystérie : Ann. méd. psych.*, 5e série, t. XVII, 1877, p. 346.

le plus occupés de ce sujet, où leur imagination, plus encore que celle de leurs patients, s'est donné libre carrière, et apprenons, en pathologie nerveuse, à nous mettre en garde contre un certain lyrisme littéraire dont nous semblent avoir singulièrement abusé quelques-uns de ceux qui ont étudié l'état mental de ces malades.

« Chez les hystériques, dit Legrand du Saulle (1), la tendance au *suicide* est assez commune; mais elle se présente, dans l'espèce, avec certains caractères spéciaux. Dans les formes les plus habituelles de l'aliénation, les idées de suicide sont en quelque sorte des déductions logiques de convictions fausses (mélancolie, persécution, crainte du déshonneur, peur de la ruine); dans l'hystérie, elles apparaissent tout à coup sans motif. Elles ne se rattachent à rien; c'est une secousse, une sorte de vertige accidentel, une impulsion dans toute l'acception du mot. Du reste, le plus souvent, l'hystérique s'arrête en route, et le suicide est rarement consommé; on retrouve habituellement, dans les préparatifs qui précèdent la mise à exécution de l'acte, un continuel besoin qui obsède l'hystérique d'occuper de sa personne le monde qui l'entoure. Quand elle tente de se suicider, elle ne procède pas comme les autres; celle-ci cherche à se pendre avec les faveurs roses d'une boîte à bonbons; celle-là essayera de s'empoisonner publiquement, ostensiblement. La mise en scène ne fait généralement pas défaut. »

Ce qui n'empêche pas l'auteur d'écrire, quelques pages plus loin (p. 370) : « Les tentatives de suicide ne sont pas toujours vaines. Les trois observations qui vont suivre montreront que la mort volontaire peut devenir parfois la terminaison de l'hystérie; mais les exemples en sont rares. »

Pour notre part, nous avons connu une hystérique qui, un jour, sans ostentation, bien au contraire, s'introduisit furtivement dans un laboratoire de chimie, et déroba un

(1) *Les hystériques, état physique et état mental, op. cit.*, p. 303, 1883.

flacon de cyanure de potassium; elle alla ensuite se mettre au lit, où on la trouva morte quelques instants après; le flacon vide était resté près d'elle.

Mais poursuivons cette analyse. M. Taguet a exprimé les mêmes idées que M. Legrand du Saulle.

« A côté, dit-il, de ceux qui se donnent la mort tout en possédant leur libre arbitre, qu'ils obéissent à un sentiment d'honneur, à une nécessité, à un usage, à un préjugé, ou bien que, privés de raison, ils périssent victimes d'une erreur des sens ou d'une passion délirante, il existe une catégorie de malades chez qui le suicide n'est qu'une fantaisie, une mise en scène n'ayant d'autre but que celle de fixer l'attention publique, de faire du bruit, d'affliger leurs parents, leurs amis, pour vaincre les résistances qu'on oppose à leurs désirs, qu'un besoin de faire du mal, dût-il entraîner après lui la ruine ou le déshonneur : nous avons nommé les aliénées hystériques. Comme les monomanes dont parle Esquirol, ces malades ont bien soin d'être aperçues pour qu'on vienne à leur secours, ou bien elles s'arrangent de manière à ne pas se nuire. »

Après cela, on pourrait peut-être croire que l'auteur va justement faire ressortir le rôle prépondérant de cette « aliénation » dont il parle : en aucune façon. « Il en est cependant, continue-t-il, qui ne reculent devant aucune souffrance ; on les voit se déchirer elles-mêmes, se mutiler de la manière la plus affreuse, s'exposer à mourir étranglées ou étouffées pour avoir un prétexte de venir implorer la protection des lois contre de vils débauchés ou de lâches agresseurs. Une fois engagées sur cette pente du mensonge et de la simulation, on ne saurait les arrêter... L'hystérique ment dans la mort comme elle ment dans toutes les circonstances de sa vie, elle est dans son rôle. »

« Un trait commun caractérise ces malades, dit M. Tardieu (*Étude médico-légale sur la folie*) : c'est la simulation instinctive, le besoin immodéré, incessant, de mentir sans but et sans objet, uniquement pour mentir, et cela, non seulement en paroles, mais encore en actions, par une

sorte de mise en scène où l'imagination joue le principal rôle, enfante les péripéties les plus inconcevables et les porte parfois aux extrémités les plus funestes. »

Et pour prouver ce qu'il avance, M. Taguet rapporte trois observations d'hystériques *internées* à l'asile de Ville-Évrard. La première malade est entrée avec le certificat suivant : « Madame X... est atteinte de folie instinctive et désordres impulsifs. Elle déclare qu'elle se sent entraînée à tuer les personnes qui l'entourent, son mari, son enfant, sa famille; que si on ne la sauve pas contre ses violences, elle tuera quelqu'un ou se tuera elle-même; qu'elle veut être criminelle pour mourir sur l'échafaud. » C'est une aliénée, et non une hystérique, bien qu'elle ait des crises que le médecin qui a signé le certificat d'admission n'a même pas songé à faire intervenir pour légitimer l'internement. Elle avale 2 grammes de chlorhydrate de morphine, et l'on peut dire que si elle n'en meurt pas, ce n'est véritablement pas de sa faute. Où est la simulation?

La deuxième observation est extrêmement intéressante à un certain point de vue. Elle commence pompeusement ainsi : « Dominé par un violent désir d'attirer sur lui l'attention publique, d'attacher l'immortalité à son nom, Érostrate incendia, dit-on, le temple d'Éphèse. Animée du même besoin de notoriété, madame X..., pas plus que lui, ne recula devant un sacrilège. » Suit l'histoire d'une malheureuse aliénée et hystérique qui commit quelques tentatives de suicide parfaitement dénuées de tout sens commun : ingestion de tabac à priser, etc.

Ce sur quoi nous insistons, c'est sur le *ton* même de l'observation. On ne se doute pas, en effet, combien la *littérature* a fait de tort à la juste compréhension de l'hystérie depuis Louyer-Villermay. Si encore les littérateurs s'étaient seuls mis de la partie pour nous décrire comme hystérique l'être extraordinaire que nous savons! Mais ce sont les médecins eux-mêmes : Tardieu, Legrand du Saulle, Taguet, Hospital, et combien d'autres! — nous ne citons que ceux dont nous avons donné des extraits, — qui ont, pour ainsi dire,

surenchéri sur la littérature. L'influence de Lasègue n'a pas été meilleure dans l'espèce, et la troisième malade de M. Taguet est « une hystérique que le besoin incessant d'attirer l'attention publique a conduite, d'après le certificat de M. le professeur Lasègue, à une intoxication chronique par le chloroforme et l'éther, avec affaiblissement intellectuel consécutif ». Comme si nous ne connaissions pas nombre d'hystériques devenus morphinomanes ou éthéromanes, avec déchéance intellectuelle consécutive, et qui n'ont qu'un désir, celui qu'on ignore leur funeste passion! Et cette malheureuse, comme les morphinomanes les plus vulgaires, avale du laudanum, un flacon d'absinthe, pour remplacer son excitant ordinaire qu'on lui a subrepticement supprimé.

Nous ne cesserons de le répéter, ce n'est pas ainsi qu'il faut comprendre l'état mental de l'hystérique avec ses conséquences, le suicide en particulier. Ce n'est pas, comme le dit encore M. Huchard, « le besoin de simuler qui les pousse à jouer la comédie du suicide (1) ».

Elles obéissent à d'autres mobiles que ceux de la simulation, et la comédie qu'elles jouent se termine aussi souvent par la mort que bien d'autres tentatives de suicide dont les acteurs ne sont pas des hystériques.

Legrand du Saulle a réuni trois tentatives de suicide qui se terminèrent par la mort; nous en avons observé une quatrième, et M. Pitres en rapporte une cinquième. Dans une première tentative, la malade s'était précipitée par une fenêtre et s'était fracturée la cuisse. Un matin, elle se pendit « sans bruit, sans éclat ».

Et il ne s'agit pas, dans la circonstance, de malades délirantes, en période somnambulique, comme les malades de M. Mesnet, qui, dans cet état, se seraient véritablement pendues ou empoisonnées, si l'on ne fût intervenu; pas le moins du monde, il s'agit d'hystériques *à état mental hystérique* agissant dans l'intervalle des paroxysmes (2).

(1) Axenfeld, et Huchard, *Traité des névroses*, 2e éd., 1885, p. 961.
(2) Mesnet, *Études sur le somnambulisme pathologique : Arch. gén. de*

M. Pitres (1), dont nous venons de parler, a parfaitement mis au point, suivant nous, cette question du suicide des hystériques, et très justement analysé l'état mental qui, parfois, les y pousse. Rapportant le cas que nous venons de citer et qui se termina par la mort, il dit à ses élèves : « Je voudrais vous mettre en garde contre certains jugements erronés qui se trouvent reproduits dans des ouvrages classiques que vous avez certainement entre les mains. »

Il rappelle alors les opinions de Legrand du Saulle, de Taguet, de Huchard, analyse les observations de ces auteurs, montre qu'elles sont parfois en contradiction avec leurs opinions sur la simulation, puisque plusieurs d'entre elles se sont terminées par la mort, et en vient ensuite à l'examen des faits qui se sont passés dans son service. Sur cent malades dont il a recueilli les observations, onze ont fait des tentatives de suicide : dix femmes et un homme. Ce dernier « était un hystéro-neurasthénique complexe dont il n'y a pas à tenir compte, si l'on veut ne considérer que les cas d'hystérie pure ». Remarquons bien que M. Pitres dit *hystérie pure,* ce qui est très important et élimine les associations morbides. Et il pousse même le scrupule assez loin pour ne pas compter dans ces dix cas le fait qu'il a signalé en premier lieu, lequel se termina par la mort, parce que l'hystérique était en même temps morphinomane.

Ces dix cas, nous ne les rapporterons pas; ce serait allonger outre mesure ce chapitre : mais la philosophie qui en sort, M. Pitres s'est encore chargé de la tirer lui-même, et nous allons voir qu'elle cadre admirablement avec la suggestibilité si prononcée qui est le fonds de l'état mental des hystériques et les fait tourner à tous les vents des suggestions extrinsèques ou de leurs autosuggestions. Des faits précédents, dit M. Pitres, « il ressort bien clairement que le suicide des hystériques est, en général, le

médecine, février 1860. — *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique : Union médicale,* 1874.

(1) Pitres, *Du suicide des hystériques, op. cit.,* t. II, 40e leçon, p. 47.

résultat d'une détermination soudaine, irréfléchie, mais que rien n'autorise à le considérer comme une comédie grossière jouée par des simulatrices pour se rendre intéressantes ou pour alarmer leur entourage.

« Si les tentatives de suicide faites par les hystériques n'entrainent pas plus souvent la mort, c'est parce que, ordinairement, elles ne sont pas préméditées. Les mélancoliques qui veulent mourir choisissent, longtemps à l'avance, le moment et les moyens favorables à l'exécution de leur projet. L'hystérique ne réfléchit pas. Pour une contrariété futile, pour un chagrin qu'une personne mieux équilibrée supporterait courageusement, elle prend la résolution de se tuer, et aussitôt elle avale le poison qu'elle trouve sous la main ou se jette à l'eau. Le lendemain, elle est enchantée d'avoir échappé à la mort; elle rit de sa sottise, quitte à recommencer à la première occasion avec la même sincérité et la même imprévoyance dans le choix des moyens d'exécution. Je crois même que les hystériques sont sincères quand elles prennent des résolutions tragiques que le moindre incident leur fait oublier. Une de nos malades, Albertine M..., rudoyée par son amant, achète un revolver et des balles pour le tuer et mourir après lui. Mais, en rentrant, le coupable lui dit quelques paroles aimables qui apaisent sa colère; elle va jeter le revolver dans les latrines, et tout se termine par une violente attaque de nerfs (1). A qui n'est-il pas arrivé quelquefois de prendre très sincèrement des résolutions héroïques et de ne pas les tenir? Que faut-il penser des faits de ce genre? A mon avis, ils s'expliquent mieux par la puérilité du caractère que par le désir de jouer sciemment des comédies ridicules ou scélérates, car les hystériques sont de grands enfants qui

(1) Cette attaque de nerfs terminale joue un grand rôle et l'a toujours joué chez les hystériques, dans les cas où la tension extrême de leur esprit va les pousser à faire quelque sottise insigne. C'est ainsi que se termina la tentative de suicide de Sœur Jeanne des Anges, qui, le lendemain, ne songeait plus à mourir. Or dira-t-on qu'elle aussi simulait une fausse grossesse, alors que l'autosuggestion était chez elle assez forte pour produire du lait dans les seins en dehors de l'état de gestation? (G. T.)

se déterminent d'après des sentiments fugaces et passent d'un instant à l'autre de la gaieté à la tristesse, de la douceur à la violence, de l'amour à la haine, ou *vice versa*. »

Puis, M. Pitres fait également justice de la disposition à tout simuler qu'on attribue aux hystériques. « D'une manière générale, dit-il, on a beaucoup exagéré l'amour des hystériques pour la simulation, et cela, parce qu'on a systématiquement attribué à des supercheries les phénomènes qu'on ne comprenait pas. On a vu des accidents rebelles à des traitements réputés actifs guérir par l'administration de pilules de *mica panis,* et on en a conclu que ces accidents étaient simulés, ce qui constitue une faute de raisonnement, car l'imagination est, dans beaucoup de cas, un agent thérapeutique d'une incontestable puissance. On a vu des hystériques accuser de crimes imaginaires des personnes innocentes, et quand la fausseté de ces accusations a été démontrée, on a déclaré que ces hystériques avaient menti sciemment, sans songer que leurs allégations pouvaient être l'expression très sincère d'une hallucination ou d'une systématisation délirante ayant pour base un phénomène pathologique très réel. En fait, la simulation est infiniment moins fréquente qu'on ne l'a dit et qu'on ne le répète encore tous les jours. L'accusation de tromperie est, le plus souvent, le résultat de l'ignorance ou du parti pris d'observateurs inexpérimentés; elle repose sur des erreurs d'interprétation, et non pas sur l'analyse rigoureuse des faits. Quand les possédées ou les sorcières du moyen âge affirmaient devant les tribunaux qu'elles avaient été transportées au sabbat sur un manche à balai, qu'elles y avaient eu commerce avec le diable, qu'elles y avaient rencontré telle ou telle personne, etc., il est impossible d'admettre qu'elles imaginaient de toutes pièces, pour le plaisir de se rendre intéressantes ou de compromettre des innocents, une déposition qui devait avoir pour résultat de les faire condamner elles-mêmes au bûcher. Elles disaient en toute sincérité ce qu'elles avaient vu et ressenti dans un moment d'hallucination sensorielle.

« Ainsi font les hystériques de nos jours; elles racontent ce qu'elles éprouvent, sans se préoccuper des conséquences de leur récit. Et ne croyez pas que ces conséquences soient toujours sans inconvénients : je sais un exemple d'amputation de la jambe pratiquée inconsidérément dans un cas de pied bot hystérique. Brodie (1), Coulson (2), et d'autres auteurs (3), rapportent des faits analogues. Pensez-vous que des simulateurs eussent consenti à subir de pareilles opérations pour se jouer de la crédulité de leurs chirurgiens?

« En somme, l'amour effréné des hystériques pour le mensonge est une légende sans fondement sérieux, contre laquelle témoignent à la fois le bon sens et l'observation clinique. Les hystériques ont très souvent le caractère mobile, fantasque, romanesque ; elles se laissent entraîner sans réflexion aux impressions du moment; elles ont des tendresses ou des haines peu justifiées; mais elles ne sont pas toutes d'effrontées menteuses, ainsi qu'on voudrait nous le faire croire; et quand je vois leurs prétendues comédies tourner au tragique et aboutir aux dénouements sur lesquels je viens d'attirer votre attention, je repousse le soupçon de supercherie, qui me paraît invraisemblable jusqu'à l'absurde. Et, pour revenir à notre point de départ, je crois que rien ne prouve que leurs tentatives de suicide soient de simples comédies. »



Les précédentes considérations s'appliquent plus particulièrement aux femmes, et nous ajouterons aux *adultes* : aussi devons-nous compléter notre description en disant

(1) Brodie, *Lectures illustratives of certain local nervous affections.* Trad. franç. par le Dr Aigre, Paris, 1880.

(2) M. Coulson, *Hysterical affection of the hip joint : London Journal of medicine,* t. III, p. 631.

(3) Le nommé Dum..., dont l'observation et le dessin figurent, page 40, dans le t. III des *Leçons sur les maladies du système nerveux* de M. Charcot, était atteint d'une contracture du membre supérieur droit. Sorti amélioré de la Salpêtrière et voyant que sa contracture persistait néanmoins, il insista

quelques mots de l'état mental de l'enfant, de l'homme et du vieillard hystériques.

Nous serons bref en ce qui concerne les *enfants,* sujets à cerveau en voie d'évolution, chez lesquels l'hystérie est de ce fait très mobile et qui, à l'inverse des adultes, guérissent, le plus souvent, de la névrose. M. Charcot enseigne, en effet, que l'hystérie infantile revêt, dans la majorité des cas, un caractère transitoire, se basant en cela sur l'observation. Qu'on étudie les antécédents personnels des hystériques adultes, et l'on verra combien rarement l'hystérie chez eux a débuté avant l'adolescence, lorsque même elle n'est pas apparue dans l'âge mûr, tout au moins chez les hommes. La manifestation a été fugace, l'hystérie a disparu pour ne plus revenir, sans préjudice, bien entendu, des autres affections auxquelles sont prédisposés les nerveux héréditaires. C'est que, nous le répétons, chez les enfants le cerveau est en pleine période évolutive, l'impression reçue peut être vivement ressentie, mais elle ne laisse pas, le plus souvent, de traces durables.

Briquet (1) avait parfaitement noté cette impressionnabilité qui caractérise l'hystérie infantile. « A de très rares exceptions près, dit-il, les hystériques offrent, dès leur plus tendre enfance, une prédominance extrême de l'élément affectif. Toutes les hystériques que j'ai observées étaient extrêmement impressionnables. Toutes, dès leur enfance, étaient très craintives; elles avaient une peur extrême d'être grondées, et, quand il leur arrivait de l'être, elles étouffaient, sanglotaient, fuyaient au loin ou se trouvaient mal. Un peu plus grandes, elles éprouvaient des sensations très vives pour la moindre chose, elles pleuraient en entendant parler d'un sujet attendrissant; extrêmement timides, elles s'effrayaient de tout et étaient peureuses à l'excès; presque toutes étaient très affectueuses. Le plus

près de plusieurs chirurgiens pour être opéré, et fut... assez malheureux pour en rencontrer un qui consentit à le débarrasser de sa contracture en amputant le membre qui en était le siège. (G. T.)

(1) BRIQUET, *op. cit.*, p. 98.

grand nombre de ces enfants était d'un caractère gai et avait de la vivacité dans les mouvements; un très petit nombre était, au contraire, triste et calme. » La description de Briquet se rapporte uniquement aux petites filles, mais elle est aussi applicable aux petits garçons, d'une façon un peu atténuée toutefois.

L'impressionnabilité cérébrale dont nous venons de parler est parfois telle qu'il existe une *forme délirante* assez particulière à l'hystérie infantile, forme presque pure (1), dans laquelle les stigmates physiques font parfois complètement défaut, et qu'il faut bien connaître, sous peine d'erreurs de diagnostic très préjudiciables. Nous ne pouvons la dissocier de l'étude d'ensemble que nous ferons des états délirants et somnambuliques.

En dehors de ces états délirants, l'état mental de l'enfant ne diffère pas singulièrement de l'état mental de la femme ou de la jeune fille hystérique : c'est toujours le même fonds de suggestibilité avec la mobilité d'esprit qui en émane. Là encore les rêves, les cauchemars, les *terreurs nocturnes*, jouent un rôle prépondérant, existent avec un luxe extraordinaire; mais, nous le répétons, si l'impression est vive, elle est aussi très fugace. Une hygiène intellectuelle bien comprise, le simple développement des facultés cérébrales triompheront d'accidents qui, chez l'adulte, resteront à l'état de faits acquis. Quoi de plus commun que les épidémies d'hystérie dans les collèges, dans les pensionnats de petites filles; mais aussi combien n'est-il pas facile d'en triompher par l'isolement!

Il faut bien savoir d'ailleurs que cette impressionnabilité extrême qui offre un terrain si favorable à l'éclosion de toutes les suggestions extrinsèques ou intrinsèques (autosuggestions) est le fonds même du caractère de l'enfant. Elle peut les entraîner, en dehors de l'hystérie d'ailleurs, et de toute dégénérescence mentale, à une série d'opérations

(1) CHARCOT, *Leçons du mardi, op. cit.*, t. I. Leçon du 21 février 1888. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 1887. 16e leçon, p. 226, recueillie par GILLES DE LA TOURETTE.

cérébrales dont notre éminent maître, M. le professeur Brouardel, a parfaitement montré la filiation au point de vue psychique, et le danger au point de vue social (1). On conçoit maintenant, avec ces dispositions naturelles, la fréquence des manifestations pyschiques de l'hystérie chez l'enfant.

L'état mental des enfants hystériques n'a pas toujours été compris de cette façon, et l'on n'a pas manqué, eux aussi, de les traiter de menteurs, de simulateurs à outrance, etc., etc. « Les jeunes hystériques, dit M. Jules Simon (2), pratiquent volontiers le mensonge et jouent d'instinct la comédie. » Nous ne reviendrons pas sur une discussion que nous croyons avoir épuisée. Nous ne pouvions cependant nous empêcher de signaler, pour la combattre, cette opinion que l'on trouve exprimée par nombre d'auteurs. Au point de vue du pronostic, pour calmer les inquiétudes d'une famille justement alarmée, il faut savoir ne pas confondre l'état mental des jeunes hystériques avec celui de ces petits êtres dégénérés, vicieux, méchants pour leurs parents, martyrisant leurs petits frères ou sœurs, les animaux domestiques, intraitables, à crises de colère revenant d'une façon presque périodique (3), chez lesquels cependant l'hystérie peut éclore concurremment avec les stigmates de la dégénérescence mentale. Chez eux l'hystérie peut guérir; mais ce qui ne guérira pas, c'est leur perversion d'esprit; ces petites filles, qui toutes jeunes étaient déjà exhibitionnistes, recherchaient la société

(1) P. Brouardel, *Des causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur*, in-8°. Paris, 1883.

(2) *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, 4e éd., 1887, t. II.

(3) Nous sommes convaincu, pour notre part, que ces crises de colère revenant d'une façon presque périodique, au point qu'on peut les annoncer presque à jour fixe, pendant lesquelles les enfants trépignent, crient, deviennent rouges, et qui se terminent souvent par une sorte d'anéantissement, sont fréquemment de simples équivalents de l'accès d'épilepsie. Le mal comitial peut s'en tenir là, mais il est à craindre, lorsque ces colères ont été persistantes pendant l'enfance, qu'il ne se développe *tardivement* des accès. L'enfant hystérique se mettra facilement en colère sous l'influence d'une simple

des petits garçons, les entraînaient dans des endroits écartés pour les pervertir, alors qu'elles-mêmes ne connaissaient physiquement rien de la perversion; qui plus tard quittent leur famille en la volant, courent les aventures et échouent enfin en Cour d'assises en compagnie d'êtres de leur espèce; ces sujets, disons-nous, peuvent bien avoir des attaques de nerfs; mais ce qui domine, le fonds immuable, c'est la dégénérescence mentale (1). Et pourtant combien de ces cas ne sont-ils pas étiquetés purement et simplement hystériques!



L'état mental de l'hystérique homme paraît au premier abord différer de l'état mental de l'hystérique femme. Il est cependant le même : c'est toujours le même fonds de suggestibilité inconsciente. C'est la mise en œuvre de cette suggestibilité forcément différente dans les deux cas qui crée les différences tout au moins apparentes; de plus, l'association très fréquente, dans l'espèce, d'un autre état nerveux, pyschique lui aussi, rare chez la femme dans de pareilles circonstances, va souvent modifier le tableau morbide.

Nous procédons comme nous l'avons fait pour la femme, en étudiant d'abord l'état mental hystérique de l'homme, pur de tout mélange. Cet état mental existe : il est plus particulièrement l'apanage des hystériques qui ont été frappés de bonne heure par la névrose, dans l'enfance, au sortir de l'adolescence. La suggestibilité domine la scène

contrariété, étant donnée la façon intense dont retentissent les émotions sur son cerveau; mais cette colère, qui se terminera peut-être par un accès de gaieté, n'est pas spontanée, sans mobile; cette instantanéité, dont on peut saisir la cause, est tout le contraire de la *périodicité inconsciente* des *crises de colère* dont nous venons de parler, et qui sont l'apanage des épileptiques futurs et des dégénérés sans accès d'épilepsie. On conçoit maintenant l'importance pronostique d'une connaissance exacte de l'état mental des enfants. (G. T.)

(1) Gilles de la Tourette, *L'épilogue d'un procès célèbre* (*affaire Eyraud-Bompard*) : *Progrès médical*, n° 5, 31 janvier 1891.

morbide : elle est luxuriante comme les rêves qui peuplent le sommeil, comme les attitudes passionnelles des attaques, car ce sont ces malades qui ont des convulsions. L'allure générale peut être dite efféminée, un état mental commun faisant communs les états physiques. Ce sont des romanesques, se vantant de bonnes fortunes souvent imaginaires, de prouesses génitales qui cachent souvent une vigueur tout à fait ordinaire (1). A part cela, bons sujets, quand la dégénérescence mentale ne se met pas de la partie, beaucoup plus avares d'actes que de paroles.

Mais, à côté de ce type, il en existe un autre incomparablement plus fréquent et que les plus récents travaux de M. Charcot ont seulement mis en lumière. Sa place est grande, très grande même dans la nosologie nerveuse; alors qu'on ne le soupçonnait pas, au lendemain même de sa notion, on a pu s'effrayer de ses empiétements, et la réaction a suivi la découverte; nous n'avons ici à nous occuper que de cette dernière (2).

Un exemple emprunté encore à M. Charcot — et il n'est pas un des types que nous ayons décrits qui ne repose sur des observations prises par nous dans le service de notre maître — un exemple, disons-nous, nous servira bien dans la circonstance (3).

Un homme de cinquante-trois ans, ouvrier laborieux, gagnant bien sa vie, voit tout à coup son fils, couvreur, tomber à ses pieds et se tuer net. La douleur qu'il ressent est tellement vive qu'il perd connaissance pendant quelques instants. « A partir de ce moment-là, tout est changé en lui. Il ne se sent plus le même qu'auparavant. Lui, autrefois gai et remuant, il est devenu triste, maussade. Il évite la société qu'il fréquentait, dans le temps, avec plaisir. Il dort mal, ou, quand il dort, son sommeil est agité par des rêves très fatigants et très pénibles. Ils se rapportent à son fils qu'il revoit enfant et heureux, ou, par un contraste sinistre,

(1) Charcot, *Leçons du mardi, op. cit.*, 1888-1889, p. 194.
(2) Voy. la discussion sur les *névroses traumatiques*, chap. III.
(3) Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-1889, *op. cit.*, 5, p. 293.

pâle, défiguré, ensanglanté, tel qu'il était au moment de l'accident. Il sent sa mémoire affaiblie, il est distrait, ne se souvient pas de ce qu'il a fait quelque temps auparavant. Il souffre de la tête d'une façon à peu près constante. Il a, dit-il, sur la tête, comme un casque lourd qui lui comprime le front, chaque tempe et l'occiput, et il ressent au moindre mouvement du cou des craquements. Les fonctions génitales sont très affaiblies; après avoir mangé, il se sent tout gonflé, le sang lui monte à la figure, et il est tout somnolent. Il est faible, facilement fatigué, pas assez cependant pour ne pas continuer son travail. »

Nous avons tenu à citer le tableau tout entier; on y voit se dessiner à chaque ligne l'état mental de l'hystérique homme, avec ses rêves si particuliers, en même temps qu'on assiste à sa combinaison avec l'état psychique du neurasthénique, impuissant, incapable de rien faire. Cette combinaison, cette *période de préparation neurasthénique*, comme l'appelle M. Charcot, envisageant la prépondérance de l'élément surajouté, dure plus ou moins longtemps; mais, un jour ou l'autre, l'hystérie prend, au moins au point de vue physique, complètement le dessus, et alors elle se révèle avec son luxe habituel de stigmates, ses attaques, ses paralysies ou ses contractures. L'état mental ne se modifie guère; toutefois il s'accentue dans le sens hystérique pur. Dans l'exemple cité, à partir de l'apparition d'une hémiplégie gauche hystérique avec hémianesthésie, « les rêves ont un peu changé de caractère. Ils ne sont plus relatifs à la mort de son fils. Il voit maintenant surtout des animaux féroces, un chat gris qui le mord et avec lequel il lutte. Il assure que ces animaux s'avancent vers lui, venant du côté gauche », car chez l'homme, comme chez la femme, les hallucinations se présentent toujours du côté qui est le siège de l'hémianesthésie. Et l'état mental de l' « hystéro-neurasthénique » se poursuit ainsi pendant des mois, des années; l'individu est irrémédiablement touché, car, à cet âge de la vie, chez l'homme et dans ces conditions, la névrose ne pardonne pas, et ces malheureux

qu'aujourd'hui l'on compte par centaines, parce qu'on a appris à les reconnaître, errent de service en service, tourmentés par des attaques, par des hémiplégies qu'on sait diagnostiquer, incapables de travailler et finissant le plus souvent par échouer comme vagabonds sur les bancs de la correctionnelle. « Serait-ce que le vagabondage conduit à l'hystéro-neurasthénie, ou que celle-ci inversement conduit au vagabondage? se demande M. Charcot (1). Question délicate, intéressante au premier chef au point de vue social, et qui méritera certainement quelque jour d'être l'objet d'une étude approfondie. Pour le moment, je me bornerai à vous faire part de quelques observations que j'ai faites dans cet hospice, où la consultation en de certains jours ressemble quelque peu à une « cour des Miracles » : c'est que l'hystéro-neurasthénie est une chose vraiment fréquente parmi les misérables, les loqueteux, les gens sans aveu qui fréquentent tour à tour les prisons, les asiles de nuit et les dépôts de mendicité. »

Tel est l'état mental, l'allure générale de l'hystérie masculine si souvent combinée avec la neurasthénie. Nous sommes là bien loin de l' « hystérie brillante », affectant les jeunes viveurs surmenés, les efféminés, comme on le croyait autrefois, en concédant avec peine qu'il existait quelques cas d'hystérie masculine. « J'ai fait remarquer bien des fois déjà, dit M. Charcot, qu'il ne faut pas s'attendre à rencontrer chez l'homme ce brio morbide fréquent en réalité chez les femmes, mais dont quelques auteurs font, bien à tort, un caractère constant de la névrose hystérique. » C'est de forgerons, de mineurs, de manouvriers qu'il s'agit, et le tableau n'est guère moins sombre lorsque ce sont des individus appartenant à une classe plus élevée qui sont frappés. La déchéance intellectuelle, l'apathie cérébrale coexistent avec les *lacunes de la mémoire* que nous avons signalées et rendent, naturellement, tout travail impossible.

(1) *Leçons du mardi*, 1888-1889, p. 284.

Ces lacunes de la mémoire sont très singulières et pourraient entraîner encore à prononcer le mot de mensonge, de simulation, dans ces circonstances. Combien de fois ne nous est-il pas arrivé, alors que M. Charcot commençait ses études sur cette question, de recueillir les observations de ces malades, de les lui remettre et de remarquer le lendemain, lors d'un interrogatoire par le maître lui-même, que le sujet avait oublié tout ou partie de ce que nous avions la veille consigné par écrit, et rapportait en son lieu et place toute une autre série d'incidents ! Nos investigations avaient-elles donc été insuffisantes? Y avions-nous apporté un esprit trop distrait? Il nous souvient aussi d'un hystérique atteint d'intoxication mercurielle qui nous avait fourni sur sa vie passée des renseignements qu'il déclarait ne pas lui appartenir à quelques jours de là. Or, son histoire figurait tout entière dans une thèse sur les accidents nerveux du saturnisme ; jamais il ne put se rappeler qu'il avait été soigné à la Pitié, trois années auparavant, pour la première attaque de l'hémiplégie hystérique qui l'amenait encore à la Salpêtrière (1).

« Il est aujourd'hui admis comme axiome, dit M. Pierre Janet (*op. cit.*, p. 216), que les hystériques et les personnes du même genre mentent continuellement, et plus d'un répète cette formule, d'après quelques-uns célèbre, sans avoir cherché à en vérifier l'exactitude. Je ne tiens pas à réhabiliter leur réputation, mais je crois juste de dire qu'elles ne mentent pas beaucoup plus que le commun des mortels. Sur une quinzaine de personnes que j'ai étudiées, et qui certes n'étaient pas parfaites, je n'en ai guère rencontré qu'une chez qui l'habitude du mensonge fût véritablement curieuse. Lorsque ce caractère existe, et, comme je viens de le dire, il se rencontre, il ne faut pas s'indigner, ce qui est ici parfaitement déplacé, il vaut mieux chercher à l'expliquer... Si l'on songe au caractère hallucinatoire de toutes leurs idées, au lieu de se scandaliser de leurs

(1) *Leçons du mardi, op. cit.*, 1887-1888, p. 410.

mensonges, qui sont d'ailleurs très naïfs, on s'étonnera bien plutôt qu'il y en ait encore autant d'honnêtes. »

Nous avons parlé de l'hydrargyrisme, et nous insistons sur ce terme pour dire que l'état mental, dans ce que l'on a appelé l'hystérie toxique, est absolument le même que dans l'hystérie ordinaire, par la bonne raison qu'il n'y a pas deux variétés d'hystérie.

L'état mental dans l'hystérie, ou mieux dans l'hystéro-neurasthénie, est de même entièrement superposable à celui des traumatisés de chemins de fer, à cette fameuse névrose traumatique venue d'outre-Rhin pour faire pièce à l'hystérie masculine, comme on a, dans les mêmes régions, discuté et ergoté sur l'hémianesthésie et sur le rétrécissement du champ visuel, sur la température dans l'hystérie (1). M. Charcot, dans ses leçons, a souvent présenté à la fois cinq ou six hommes hystériques, et, après avoir fait par l'interrogatoire et l'examen ressortir chez eux l'identité des stigmates physiques et psychiques, il disait à ses auditeurs : « Maintenant je vous les livre, étudiez-les vous-mêmes, et je vous défie, si vous voulez bien ne pas les interroger sur l'étiologie, de me dire celui ou ceux d'entre eux qui ont été traumatisés. » On comprend sans peine

(1) Nous pensons qu'on nous saura gré de rapporter l'idée qu'un aliéniste parmi les plus distingués de l'Allemagne, le Dr Schüle, d'Illeneau (*Traité clinique des maladies mentales*, trad. DAGONET et DUHAMEL, sur la 3e éd. allemande, Paris, 1888, p. 220, chap. *Folie hystérique*), s'est faite de l'état mental des hystériques. On remarquera que ses opinions ont la prétention d'être *physiologiques!* « a) *Tempérament hystérique.* — Au point de vue *clinique*, on peut le caractériser par une faiblesse irritable; au point de vue *physiologique*, par une prédominance des réflexes sur le pouvoir d'arrêt du cerveau, avec hyperexcitabilité des centres infra-corticaux sensoriels et sensibles; au point de vue *psychologique*, c'est une émotivité pathologique, avec affaiblissement de la volonté et dérèglement de l'imagination; enfin, au point de vue *psycho-physique*, les actes sont précipités, par suite de la diminution du pouvoir modérateur cérébral; les sensations sont plus vivement perçues, et les actes psychiques élevés ne se produisent plus avec continuité (pensée, sentiment, efforts volontaires). La symptomatologie est surtout déterminée par l'irritabilité morale pathologique et par l'exagération de l'excitabilité réflexe (*premier trait* du tempérament hystérique), etc., etc. » *Et voilà pourquoi votre fille est muette !*

l'importance qu'ont de pareilles affirmations dans une bouche aussi autorisée, et, étudiant l'état mental des hystériques, il nous était absolument interdit de ne pas entrer dans de semblables considérations.



Cet état mental de l'hystéro-neurasthénie n'est pas absolument spécial à l'homme adulte, il se montre également chez la femme, lorsque les accidents hystériques débutent tardivement, à l'*époque de la ménopause*. Nous avons pu l'étudier tout particulièrement dans deux cas rapportés par M. Charcot (1), et il nous a semblé qu'il était assez bien caractéristique de l'état psychique de l'hystérie féminine à cette époque de l'existence. Nous tenons à faire justice, en même temps, de cet *érotisme de la ménopause* dont on nous semble avoir singulièrement abusé pour en faire l'apanage des hystériques femmes, en prêtant à Guéneau de Mussy une signification qu'il ne lui avait pas attribuée. Les observations qu'il en donne (2) n'appartiennent nullement à des hystériques, mais bien aux dégénérées les plus évidentes, et tout ce qu'il dit dans ce chapitre, à propos de l'hystérie, se résume en ces mots : ces espèces de pollutions féminines « sont habituellement accompagnées de troubles névropathiques tels que des névralgies, de l'hypocondrie, de l'hystéricisme ». Rien n'est plus vague, on le voit; rien ne se rapporte mieux aussi à la dégénérescence mentale dont les stigmates n'épargnent pas plus les hystériques adultes que les hystériques jeunes, bien au contraire.

Cet état mental est également celui de la femme hystérique parvenue à la *vieillesse*, chez laquelle les traits de la névrose se sont pour ainsi dire estompés. Les convulsions ont disparu, ou à peu près; par contre, les stigmates physiques, l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel

(1) *Leçons du mardi, op. cit.*, 1888-1889, p. 151 et *ibid.*, p. 175.
(2) *Clinique médicale*, t. II, 1875, p. 343.

peuvent persister jusqu'à la mort; nous en avons vu plusieurs exemples, mais tout cela existe dans des notes ternes, très atténuées. L'état mental, lui aussi, s'est affaissé; les rêves, les hallucinations n'existent plus qu'à l'état de souvenir, le fonds du caractère est devenu profondément triste. Ces infortunées, chez lesquelles autrefois les hallucinations, si variées et si brillantes parfois, entretenaient une suractivité cérébrale, une excitation mentale sans cesse renouvelée, pensent à leur vie perdue, gâtée par une maladie qui leur refuse aujourd'hui les illusions avec lesquelles elles avaient vécu comme avec des réalités. Dans ces conditions, la tristesse, la mélancolie, deviennent, on le comprend, le plus commun de leurs apanages (1).

On s'étonnera peut-être que, arrivé au terme de ce chapitre, nous ne tirions pas de l'exposé que nous avons fait de l'état mental des hystériques certaines conclusions qui semblent s'imposer, au point de vue de leur responsabilité, par exemple. Cette question et bien d'autres qui lui sont connexes, seront traitées ultérieurement, lorsque nous posséderons tous les éléments du problème, après l'étude des états délirants et somnambuliques qu'il est impossible de séparer de celle du paroxysme convulsif.

(1) Ce tableau de l'état mental de l'hystérique arrivé à la vieillesse diffère très sensiblement de celui qu'en a tracé M. de Fleury dans sa *Contribution à l'étude de l'hystérie sénile.* Thèse de Paris, 1890. Nous craignons que notre ami ne se soit laissé entraîner par son penchant littéraire, qui lui a valu plus d'un succès mérité. — Voy. BETTENCOURT FERREIRA, *Hysteria visceral e dolorosa senil, estado mental.* Th. de Lisbonne, 1891.

CHAPITRE DOUZIÈME

LA NUTRITION DANS L'HYSTÉRIE NORMALE.

Au point de vue *chimique* et clinique, la distinction s'impose entre l'hystérie *normale* et l'hystérie *pathologique* ou *paroxystique*. — Recherches de *Charcot, Bouchard*. — *La thèse de M. Empereur*, 1876.

Recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau, 1888-1891. — Dans l'hystérie interparoxystique, la nutrition s'effectue comme chez l'individu sain.

Le sang dans l'hystérie normale.

C'est surtout dans l'étude de la *nutrition* qu'il importe d'introduire ces notions de normale et de pathologique que nous avons adoptées pour l'exposé général de l'hystérie. Nous dirons même plus : c'est justement en étudiant avec M. Cathelineau cette nutrition (1) que nous avons été conduit à établir dans la névrose ces deux grandes catégories qui se trouvent absolument justifiées au point de vue chimique.

Jusqu'à ces dernières années, écrivions-nous, il paraissait généralement admis que les hystériques ne s'alimentent que très insuffisamment; par contre, leur nutrition générale semble ne pas souffrir ou tout au moins ne souffrir que très peu de ce défaut d'alimentation. Les troubles digestifs même les plus accentués qu'ils présentent si souvent n'auraient, eux aussi, qu'une influence très restreinte, pour ne pas dire nulle, sur le bon état permanent de cette nutrition.

On pourrait donc, en prenant les termes extrêmes de la

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*, in-8° de 116 pages. Paris, 1890. Les considérations qui vont suivre sont presque textuellement empruntées à notre mémoire (*couronné par l'Institut*) et aux recherches que nous poursuivons sur cet intéressant sujet.

question, émettre la proposition suivante : les hystériques ne mangent pas, et cependant ils vivent sans maigrir, ce qui est un corollaire obligé de la proposition, si elle est exacte.

Ces quelques considérations semblaient en effet, nous le répétons, avoir cours dans la science; elles s'appuyaient sur un certain nombre de travaux, restreints à la vérité, mais parmi lesquels nous devons faire un choix, car aujourd'hui la science est en possession de méthodes exactes d'expérimentation, et il nous est permis de devenir plus difficiles que par le passé sur la nature des observations. Nous pouvons et devons exiger des observateurs eux-mêmes l'emploi de méthodes capables de résister à un sérieux contrôle.

Il est très bien de dire, en rapportant un fait, qu'un hystérique ne mange pas, vit et ne maigrit pas; mais il serait beaucoup mieux encore, sinon indispensable, de serrer de plus près la question : de nous donner, par exemple, des renseignements exacts sur son mode d'alimentation et sur sa quantité, si minime qu'elle soit; de rapporter son poids exact au commencement et à la fin de la période d'expérience, et surtout de nous indiquer, d'une façon suivie, comment se sont comportés les *excretà*, l'urée en particulier.

Ce sont là, il faut bien le dire, des conditions d'expérience qui semblent avoir bien peu préoccupé les observateurs, et, à part d'excellents faits isolés dus à Charcot (1) et à Bouchard (2), qui seront analysés ultérieurement, il nous faut arriver, en 1876, à la thèse de M. Empereur : *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, pour voir se grouper un important faisceau d'observations dont les conclusions paraissent avoir acquis droit de cité dans la science. Hâtons-nous d'ajouter, d'ailleurs, que jusqu'à maintenant

(1) *De l'ischurie hystérique : Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 275. — Les recherches de M. Charcot datent de 1871.

(2) *Vomissements incoercibles dans l'hystérie*, in *Mouvement médical*, juillet 1873.

ce travail est resté presque isolé, ce qui fait pressentir que la bibliographie relative au sujet est fort restreinte.

M. Empereur s'est posé la question suivante, qu'il a parfaitement formulée en ces termes (p. 5) : « Les fonctions de digestion, de sécrétion et d'excrétion urinaires, de circulation, de respiration, s'opèrent-elles chez les hystériques comme chez le type normal ; en un mot, les hystériques assimilent-elles et désassimilent-elles comme lui ? » La réponse ne se fait pas attendre (p. 22) : « Les hystériques ont les mouvements nutritifs très ralentis : nous établirons plus tard que l'assimilation chez elles ne se fait pas parce que la désassimilation n'a pas lieu. » Ce qu'il paraphrase ainsi qu'il suit, un peu plus loin (p. 38), en parlant, comme corollaire, de la conservation de l'embonpoint : « Il y a deux manières de conserver son embonpoint : l'une qui consiste à réparer par l'alimentation les pertes que nous subissons par le travail ; l'autre qui est de beaucoup la plus économique, et qui consiste à n'éprouver aucune perte et à n'avoir par conséquent rien à réparer. La première condition ne peut être réalisée par les individus qui ont une désassimilation active en même temps qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'assimiler ; puisqu'ils n'ingèrent aucun aliment, ils tombent dans la consomption ; et de cette catégorie se trouvent un grand nombre de malades, mais surtout ceux qui sont affectés de quelques lésions graves de l'œsophage ou de l'estomac. La deuxième condition est, au contraire, admirablement observée par les hystériques qui, ne subissant pas ou peu de pertes matérielles, ne sont point dans la nécessité de subvenir chaque jour aux dépenses de leur organisme. Elles ne maigrissent pas parce qu'elles ne déperdent rien, et, ne déperdant rien, il leur est inutile, sinon nuisible, de manger ; ce qu'elles ingèrent est du superflu qu'elles doivent rendre, sous peine d'être indisposées, parce qu'elles en seraient surchargées. »

C'est en cherchant nous-même à vérifier ces conclusions que nous sommes arrivé à des résultats très diver-

gents que nous allons exposer. Mais la technique que nous avons employée est bien différente de la sienne.

Se proposant d'étudier la nutrition dans l'hystérie, M. Empereur analyse les excrétions chez les hystériques présentant des désordres digestifs que l'on sait si variés : troubles mécaniques et chimiques de la digestion — nous le suivons — hémoptysies et hématémèses, vomissements bilieux et glaireux, fécaloïdes, alimentaires; puis il passe aux troubles urinaires et respiratoires (1). A ces perturbations il consacre la presque totalité de son intéressant travail, et il arrive ainsi aux conclusions que nous avons précédemment formulées.

Ce mode d'expérimentation nous semble pécher par la base. N'est-il pas nécessaire, en effet, de connaître la nutrition de l'homme sain avant d'étudier celle de l'homme malade? Celui qui se livre aux recherches anatomo-pathologiques ne doit-il pas avoir préalablement acquis des notions très précises sur l'anatomie normale des tissus dont il cherche à connaître les altérations?

On nous objectera certainement, et bien vite, que l'hystérie est une maladie, ce que nous ne songeons guère à nier. Mais nous répondrons immédiatement que les manifestations de l'hystérie (dont beaucoup ont été laissées dans l'ombre par M. Empereur) sont assez nombreuses pour constituer une véritable pathologie, la *pathologie de l'hystérie,* ainsi que le dit si bien M. le professeur Charcot. On présumera peut-être déjà qu'il pourrait être imprudent

(1) M. Empereur a étudié l'exhalation de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau, qui serait *fort diminuée* chez les hystériques. M. Regnard n'accepte en aucune façon les résultats de M. Empereur, et conclut « qu'il faut passer outre et attendre qu'une occasion permette de vérifier les résultats que l'auteur a publiés ». (*Recherches expérimentales et cliniques sur les variations pathologiques des combustions respiratoires.* Paris, 1879, p. 331.) M. Regnard a fait également des dosages d'urine chez les hystériques, très probablement dans l'intervalle des paroxysmes, si nous en jugeons d'après les résultats obtenus. (Exp. CVII et CVIII, p. 258, 259.) Mais, en l'absence d'une différenciation nettement établie nous, ne pourrons, à notre grand regret, tenir compte que des recherches qui se rapportent à des accidents hystériques nettement caractérisés.

de généraliser, en présence de manifestations morbides toutes particulières. C'est, du reste, ce que M. Empereur a bien fini par comprendre, puisqu'il consacre enfin, en terminant son travail, deux pages, renfermant deux observations, à la « *nutrition normale chez les hystériques* ».

Il y a donc une nutrition normale à étudier dans l'hystérie, et, suivant nous, pour les raisons déjà données, c'est par celle-là qu'il faut commencer. Nous discuterons ultérieurement les résultats obtenus par M. Empereur dans les manifestations pathologiques de l'hystérie.

*
* *

L'hystérique normal, nous le savons, est celui qui, au moment de l'observation, ne présente aucune autre manifestation de la névrose que l'ensemble des stigmates permanents qui permettent de reconnaître en lui un hystérique confirmé. Il demeure entendu qu'il n'est pas absolument nécessaire que tous les stigmates soient réunis chez le même sujet. Cependant, pour nous mettre à l'abri de toute objection, les individus sur lesquels nous avons expérimenté, et qui tous appartenaient au service de M. Charcot, y étaient entrés pour une manifestation pathologique de l'hystérie : attaques, mutisme, contracture, toux, etc. De plus, nous avons toujours eu soin d'instituer nos expériences à une époque où cette manifestation n'était plus susceptible d'influencer la nutrition, dans les intervalles des attaques éloignées les unes des autres, par exemple. C'était en même temps, on en conviendra, employer un moyen de contrôle, car nous aurons soin de faire ressortir les différences que nous avons observées chez les mêmes malades, à l'état normal et lors d'une manifestation pathologique.

Disons-le en passant, nous nous sommes trouvé dans des conditions d'expérimentation qu'il est donné à bien peu d'observateurs de réaliser. Appelé, avec M. Cathelineau, par M. Charcot, à le seconder dans son service, nous

avions à notre entière disposition un matériel considérable que l'on ne rencontrerait certainement dans aucun autre établissement hospitalier. Nous n'avions qu'un choix à faire parmi les nombreux hystériques admis dans les salles de la *Clinique*.

A propos de cette sélection, nous devons dès maintenant réfuter une objection. On pourrait nous reprocher, en effet, d'avoir trop bien choisi nos sujets, en supposant, par exemple, que nous avons éliminé tous ceux dont les premières analyses nous paraissaient peu probantes. Les dix malades normaux, — chiffre que nous avons estimé suffisant, — pourraient bien alors ne représenter que dix cas anormaux.

A cela nous répondrons que les dix cas dont nous rapportons plus loin les résultats analytiques ont été étudiés de suite, sans intromission ni élimination d'aucun autre; on pourra même voir (tabl. I, n° 9) que, chemin faisant, nous avons constaté une polyurie que l'on ne soupçonnait guère; la colonne des *observations* est, d'ailleurs, faite pour répondre à cette objection.

Naturellement encore, nous avons éliminé les malades anorexiques, l'anorexie étant décrite par tous les auteurs comme une manifestation pathologique de l'hystérie.

Disons-le, du reste, on semble avoir considérablement abusé des troubles digestifs habituels dans l'hystérie. Pendant les deux années qu'ont duré ces recherches, vivant, pour ainsi dire, continuellement au milieu de ces malades, nous avons tenu à connaître exactement comment vivaient, comment s'alimentaient les hystériques. Ce que nous avons noté, ce qu'avaient parfaitement, d'ailleurs, constaté les surveillantes de nos salles chargées des distributions journalières, c'est que la quantité d'aliments ingérés par les hystériques normaux suffirait parfaitement à entretenir en parfait état de santé une personne saine ayant le même train de vie. Qu'on consulte d'ailleurs les cahiers où sont inscrits leurs régimes alimentaires.

Ce qui est vrai, par contre, c'est que l'hystérique ne

mange pas comme tout le monde; presque constamment il existe chez lui des perversions du goût qui lui font rechercher de préférence certains aliments. Son palais anesthésique total ou partiel délaisse les préparations culinaires habituelles pour des mets fortement épicés; la salade, les citrons, même les oignons crus, sont préférés aux fruits savoureux. Les condiments de toutes sortes s'adjoignent aux matériaux azotés; mais ceux-ci n'en sont pas moins absorbés, et en quantité très suffisante. Les hystériques de nos salles de femmes se préparent elles-mêmes, — on leur en donne la facilité en leur fournissant bien souvent, et sur leur demande, les aliments en nature, — une cuisine spéciale, de même qu'elles mettent à leur chapeau un ruban rouge que leur dyschromatopsie leur permet seul d'apprécier, à l'encontre de tous les autres. Mais elles mangent très substantiellement, à de nombreuses reprises dans la journée; c'est même, pour certaines d'entre elles, une véritable occupation.

Il faut ajouter encore que, sous ce rapport peut-être, elles ne sont pas à comparer avec les malades des autres hôpitaux. Dans cette ville de cinq mille âmes qu'on appelle la Salpêtrière, elles ont toutes les facilités pour vivre de la vie ordinaire, non hospitalière, se promenant sans cesse dans les vastes cours et les grands jardins, qu'envieraient bien des personnes du dehors pour leur usage personnel. Enfin, dans cet hospice, existe un marché où elles peuvent se procurer tous les suppléments alimentaires qu'elles désirent. Elles vivent donc là d'une vie normale, ordinaire, telles qu'elles vivraient en dehors d'un hôpital, conditions, on en conviendra, extrêmement favorables pour la saine expérimentation.

Ce que nous disons pour les femmes, nous le répétons en ce qui regarde le service d'hommes de M. Charcot; il demeure donc bien entendu que tout ce que renferme ce chapitre s'applique aux deux sexes, particularité que personne, croyons-nous, n'avait envisagée avant les présentes recherches.

Voici maintenant la technique que nous avons suivie. Au début de l'expérience, le malade était pesé, de façon à pouvoir, — condition indispensable en pareil cas, — doser les *excreta* par kilogramme d'individu. La température était prise tous les deux jours, afin de constater si elle se maintenait au taux normal, qui est celui qu'on observe d'ordinaire dans l'hystérie interparoxystique.

Les urines étaient recueillies de dix heures à dix heures du matin du jour suivant et analysées immédiatement. Chaque hystérique avait un récipient spécial : on l'engageait à uriner avant d'aller à la garde-robe. Chez les femmes, nous avons toujours expérimenté dans l'intervalle des règles. Tous les malades, qui, du reste, se sont très obligeamment prêtés à l'expérience, étaient étroitement surveillés, tant par nous que par les surveillantes de nos salles, dont le zèle a été et est toujours au-dessus de tout éloge. Cette surveillance était rendue d'autant plus facile que nous n'avons jamais eu deux malades à surveiller en même temps dans la même salle. Nos recherches ont duré, en moyenne, huit jours pour chaque sujet. A été éliminée toute période d'expériences en cours d'exécution, lorsqu'il survenait, pendant celle-ci, une manifestation pathologique susceptible d'en vicier les résultats. Il nous a paru suffisant de nous borner au chiffre de dix malades, dont sept femmes et trois hommes.

Nos expériences sont résumées dans le tableau I, p. 565. Elles ont porté, avons-nous dit, sur l'excrétion urinaire, dans laquelle ont été notés le volume, le résidu fixe, l'urée et l'acide phosphorique. Les moyennes théoriques que nous avons placées au-dessous des moyennes que nous avons obtenues pour dix analyses ont été empruntées aux auteurs qui, pour tout le monde, font foi sans conteste en pareille matière : MM. Armand Gautier, Méhu, Yvon; Lépine et Jacquin; Mairet, spécialement pour l'acide phosphorique (1).

(1) Le travail de M. Mairet, professeur à la Faculté de Montpellier, est intitulé : *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme*

Il est inutile, croyons-nous, de nous livrer à une longue interprétation des résultats consignés dans notre tableau. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : ce sont des arguments d'une force brutale qui ne laisse place à d'autre qu'à elle-même. On ne peut qu'en tirer des conclusions ; mais avant de donner celles-ci, qui seront, du reste, des plus brèves, il nous reste à parler, en dernier lieu, des résultats obtenus par M. Empereur lui-même dans son étude écourtée sur la *Nutrition normale dans l'hystérie*. Sur ce terrain, M. Empereur semble moins affirmatif que précédemment.

« Nous avons annoncé, dit-il, que certains hystériques conservaient l'intégrité de leurs fonctions nutritives, et nous n'avons point encore cité d'exemples pour établir cette nouvelle catégorie. Nous allons donc rapporter brièvement deux observations que nous avons prises à l'hôpital Saint-Antoine, et qui serviront au moins à indiquer le fait, si elles ne l'établissent pas. »

Et M. Empereur ajoute, après l'exposé de ses observations : « Ces deux faits semblent assez bien prouver que certains hystériques ne présentent pas de troubles nutritifs. Nous ne pousserons pas plus loin la question, qui, du reste, a besoin de nouvelles preuves pour être confirmée. »

Ces nouvelles preuves réclamées par M. Empereur, nous les apportons aujourd'hui, et nous les croyons de

sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique. In-8° de 220 pages. Paris, 1884. Nous ne tiendrons compte que des résultats obtenus chez l'homme sain, M. Mairet ayant lui-même pris soin de caractériser ainsi qu'il suit ses recherches chez les hystériques (p. 213) : « L'histoire de l'action qu'exerce l'hystérie sur l'élimination de l'acide phosphorique est tout à faire ; nous ne connaissons aucun travail ayant trait à cette question. Après nos recherches même, celle-ci ne sera que posée. Ces recherches, en effet, ne portent que sur deux hystériques, chiffre évidemment trop faible pour nous permettre de tirer des conclusions : de plus, elles sont, sous certains rapports, sujettes à discussion. Nous n'avons pas pu exercer, chez nos hystériques, une surveillance suffisamment attentive, semblable, par exemple, à celle que nous avons exercée sur les aliénés et les épileptiques qui font le sujet des expériences relatées précédemment, de sorte que nous ne sommes pas certain que l'urine des vingt-quatre heures ait toujours été recueillie d'une manière absolument régulière. »

TABLEAU I. — (*Résumé de 79 analyses d'urine.*)

SEXE	NUMÉROS	NOMS	POIDS	MOYENNES	VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1,000 c. c.	URÉE	ACIDE PHOSPHORIQ.	DATES ET OBSERVATIONS
			kil.		c. c.	gr.	gr.	gr.	
Femmes.	1	Ro....	44	Moyenne des analyses.	1.155	48.50	19.28	1.83	Du 24 avril au 3 mai 1888.
				— théorique...	1.056	39 à 52	16 à 22	1.90 à 2.30	
	2	Bernh.	69	Moyenne des analyses.	1.500	47.50	26.60	2.80	Du 6 au 13 juillet 1888.
				— théorique...	1.650	39 à 52	24 à 30	2.50 à 3	
	3	Schey.	39.500	Moyenne des analyses.	1.055	41	18.85	2.25	Du 7 au 15 juillet 1888.
				— théorique...	960	39 à 52	16 à 20	2 à 2.50	
	4	Perrig.	46.600	Moyenne des analyses.	1.020	39.03	17.90	1.87	Du 19 au 27 juillet 1888.
				— théorique...	1.100	39 à 52	17 à 23	1.70 à 2.20	
	5	Monc..	51	Moyenne des analyses.	1.223	52.10	20 75	1.90	Du 30 avril au 7 mai 1888.
				— théorique...	1.224	39 à 52	19 à 25	2 à 2.60	
	6	Kir...	49	Moyenne des analyses.	1.000	43.20	19.50	2.03	Du 31 mai au 16 juin 1888.
				— théorique...	1.050	39 à 52	18 à 24.50	1.90 à 2.40	
	7	Biz....	46.500	Moyenne des analyses.	1.100	44.50	18.10	2.10	Du 12 au 20 janvier 1888.
				— théorique...	1.200	39 à 52	18.5 à 25	1.85 à 2.50	
Hommes.	8	Lelog.	53	Moyenne des analyses.	1.160	43.03	18	1.76	Du 27 mai au 3 juin 1888.
				— théorique...	1.270	39 à 52	19.6 à 25	1.95 à 2.40	
	9	Frem..	55	Moyenne des analyses.	2.200	50	21.20	2.36	Du 21 au 29 mai 1888.
				— théorique...	1.300	39 à 52	20 à 27	2 à 2.50	Polyurie.
	10	Clav...	60	Moyenne des analyses.	1.670	44.10	19.43	1.83	Du 30 mai au 6 juin 1888.
				— théorique...	1.400	39 à 52	20 à 27	2.10 à 2.60	

nature à satisfaire les plus difficiles. Elles nous amènent aux conclusions suivantes : chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose autres que les stigmates permanents, *la nutrition s'effectue normalement, le volume de l'urine, le taux des* excreta *urinaires rapportés au kilogramme d'individu sain est exactement superposable à ce qui existe chez ce dernier.*

Nous faisons, de plus, toutes nos réserves en ce qui regarde la nutrition dans la pathologie de l'hystérie. Toutefois, nous basant sur les résultats présents et sur un grand nombre d'autres expériences qui seront rapportées ultérieurement, nous pouvons déjà dire qu'à l'état pathologique, comme à l'état normal, les hystériques ne constituent pas, ainsi qu'on semblait l'admettre, des êtres à part. Lorsque, chez eux, l'assimilation ou la désassimilation ne se font pas, leur organisme en supporte parfaitement les conséquences en ce qui regarde l'ensemble des phénomènes biologiques.



Les précédentes conclusions s'appuyaient, nous l'avons dit, sur la seule analyse des *excreta* urinaires. Elles trouveront un nouveau fondement dans l'étude que nous avons faite, avec M. Cathelineau, du sang dans l'hystérie normale.

Pour faire suite, disions-nous (1), à nos études sur la *nutrition dans l'hystérie,* nous allons exposer le résultat de nos recherches sur le sang dans l'*hystérie normale,* c'est-à-dire en dehors de toute autre manifestation de la névrose que les stigmates permanents servant à la caractériser. L'historique de la question est presque entièrement contenu dans les lignes suivantes, que nous empruntons à Briquet (2) : « On a fort peu de données sur l'état du sang chez les hystériques non chlorotiques. Willis ayant fait saigner un

(1) GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU, *Le sang dans l'hystérie normale : Progrès médical,* 14 février 1891.

(2) *Traité de l'hystérie,* 1859, p. 521.

homme atteint d'hystérie, avait remarqué que le sang sortait de la veine en gouttelettes et à demi coagulé. Ettmüller prétend que le sang des hystériques est épais. Sydenham, au contraire, conjecture que leur sang n'est pas suffisamment riche, et pour lui la pauvreté du sang donne lieu aux troubles des esprits animaux, cause principale de l'hystérie.

« M. Michéa, qui a fait quelques recherches sur la composition du sang dans les névroses, en a également déduit que les matériaux solides manquaient dans le sang; ainsi il rapporte l'observation d'une fille hystérique forte et colorée, et qui n'avait que le chiffre 7 de globules.

« M. Marchant, de Sainte-Foy, assure que le nombre des globules du sang va en diminuant chez ces malades. M. Franz (Simon) dit que l'urée et d'autres matériaux organiques sont en moins dans ce sang. Quoique la science ne possède point encore sur ce sujet d'analyses obtenues soit par les moyens de la chimie, soit par le moyen du microscope, il n'est pas douteux que, chez les hystériques non chlorotiques, le sang ne contienne moins de matériaux solides que dans l'état normal.

« Il est à désirer que des recherches soient faites sur ce point, et qu'elles soient faites sur des sujets bien menstrués et ne présentant aucun signe de chlorose. Il est donc hors de doute que, chez la majorité des malades, il n'y ait de l'aglobulie, de laquelle résulte soit la chlorose, soit l'anémie. »

Nous avons essayé de remonter aux sources indiquées par Briquet; mais, malgré nos recherches, il nous a été impossible de retrouver les mémoires originaux, dont, d'ailleurs, il ne donne aucune indication bibliographique, ce qui est fort regrettable.

La seule opinion intéressante à contrôler eût été celle de Franz (Simon), qui dit « que l'urée et d'autres matériaux organiques sont en moins dans ce sang ». Mais « comme la science ne possède point à ce sujet d'analyses obtenues soit par les moyens de la chimie, soit par le moyen

du microscope », nos regrets ne sont, en somme, que très modérés.

M. Empereur consacre deux pages et demie de sa thèse à l'*état du sang chez les hystériques*, et débute en ces termes : « Nous avons promis de parler de l'état du sang chez les hystériques, nous tenons notre parole ; mais nos recherches sur ce point sont trop peu nombreuses pour nous permettre d'en tirer des conclusions positives. » Viennent ensuite quelques lignes d'historique empruntées à Briquet, puis la numération des globules chez trois malades, dont deux présentaient des vomissements incoercibles. Chez la troisième, qui avait une nutrition régulière et rendait 20 grammes d'urée par jour et 3^{cc},5 pour 100 (?), en volume, d'acide carbonique, on a trouvé 3,495,652 globules rouges et, quinze jours après, 4,888,777 de ces mêmes globules.

M. Empereur ne cherchant à interpréter que la relation qui existe entre le chiffre des globules et les vomissements, nous laisserons de côté, pour le moment tout au moins, ses numérations, désireux que nous sommes de nous occuper uniquement de l'hystérie normale. La numération n'est, du reste, que la partie la moins intéressante de ces recherches.

M. le professeur Charcot est le premier, à notre connaissance, qui, dans l'hystérie normale, ait cherché autre chose que le nombre des hématies. Ses investigations ont porté sur une malade atteinte de vomissements et d'ischurie. Elles datent du mois d'octobre 1871.

« Afin, dit-il (1), de déterminer si le sang de notre malade renfermait une plus forte proportion d'urée qu'à l'état physiologique, nous nous décidâmes à pratiquer une petite saignée. Pour ce faire, et en raison des obstacles que la contracture opposait à l'opération, il fut indispensable d'endormir la malade. M. Gréhant retira 0.036 d'urée par 100 grammes de sang obtenu chez Etchew..., et 0,034 pour

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 290.

100 grammes de sang d'une personne saine examinée comparativement. On voit que le résultat des deux analyses a été identique. »

Le chiffre de 0.034 pour 100 d'urée, trouvé chez une personne que M. Gréhant considérait comme saine, est peut-être un peu élevé; car on a généralement noté que le sang renfermait 0.016 à 0.020 d'urée pour 100 grammes. Mais ces expériences ne furent pas poursuivies.

M. Quinquaud, de tous les auteurs, est le seul qui ait étudié le sang, chez les hystériques, d'une façon précise. L'hémoglobine a surtout attiré son attention, et il est arrivé aux résultats qu'il énonce ainsi qu'il suit (1), en commençant le chapitre qu'il consacre à cette question : « Les hystériques dont les troubles nutritifs n'acquièrent pas une haute puissance conservent un taux élevé d'hémoglobine. Les matériaux solides chez nos premières malades sans troubles gastriques restent physiologiques et ne diminuent pas. » Ces matériaux solides diminuent beaucoup dans l'anorexie hystérique. « Mais ce sont là des lésions graves de l'inanition qui n'ont rien de spécial à l'hystérie. »

Le point très important qui se dégage de l'étude de M. Quinquaud, c'est que les hystériques ne sont pas des êtres à part : « Certes, les hystériques, dit-il, résistent à la dénutrition, cela est vrai; mais cette particularité ne va pas au delà d'une certaine limite, et bientôt se montrent les lésions hématiques de l'inanition complète. »

C'est l'opinion à laquelle nous avaient conduit nos études antérieures, nous estimant très heureux d'avoir pu appuyer nos conclusions sur une voix aussi autorisée que celle de M. Quinquaud, dont il nous sera permis, dans la circonstance, de résumer la pensée ainsi qu'il suit : « Les hystériques normaux, non chloro-anémiques, ne présentent pas de modifications hématiques. »

Les recherches que nous avons entreprises dans le but

(1) *Chimie pathologique*, p. 226. Paris, 1880.

de nous faire une opinion personnelle sur cette question du sang dans l'hystérie, ont porté sur dix malades du service de M. Charcot : cinq hommes et cinq femmes présentant les stigmates caractéristiques de la névrose, en dehors des phénomènes pathologiques.

Sur ces dix sujets, deux femmes (n°s 9 et 10, tableau II) doivent être éliminées, au moins pour une certaine partie de nos expériences, car elles étaient en *état second* (somnambulisme hystérique prolongé) et partant en dehors de l'hystérie normale, et, de plus, la chlorose, au moins pour le n° 10, était extrêmement accentuée. Mais, avant d'aborder le chapitre d'hématologie proprement dit, on nous permettra de présenter quelques réflexions tout à fait cliniques. Elles ont particulièrement trait à la façon dont « saignent » les hystériques.

Les auteurs les plus anciens ont dit que le sang coulait mal des blessures ou piqûres faites à ces malades. Les auteurs les plus modernes ont noté que l'écoulement du sang était surtout difficile dans les régions anesthésiques. « Des saignées ayant été appliquées sur une malade atteinte d'hémianesthésie hystérique, dit M. Charcot (*loc. cit.*, p. 303), je remarquai que les piqûres fournissaient difficilement du sang du côté anesthésié, tandis qu'elles en donnaient comme d'habitude du côté sain. »

Dans nos dix cas, nous avons pu vérifier ce fait. Afin de recueillir la quantité de sang nécessaire à nos expériences, nous mettions une ventouse scarifiée, quelquefois deux. Or, nous n'avons jamais pu recueillir plus de 15 à 20 c. c. de sang par ventouse, lorsque, chez un malade ordinaire, non hystérique, on recueille facilement de 40 à 50 c. c. de sang avec une ventouse de même calibre. Comme, au début, nous placions la ventouse du côté anesthésique, dans un but facile à comprendre, nous pouvions croire que l'anesthésie était en relation directe avec la petite quantité de sang qui s'écoulait. Pour vérifier les expériences, nous avons simultanément appliqué une ventouse du côté insensible et une deuxième du côté sensible ; de plus, certains

malades n'avaient que des anesthésies localisées à un segment de membre, d'autres étaient hyperesthésiques ; dans tous ces cas, nous n'avons pu recueillir davantage de sang, qu'il existât ou non des troubles de sensibilité. Nous pensons, cela est une hypothèse, que, de même que la diathèse de contracture, le spasme vasculaire, qui est peut-être sous sa dépendance, peut dans l'hystérie s'exagérer en certaines régions, mais est toujours général lorqu'il existe.

Nous avons fait la *numération des globules,* le point le moins important de ces recherches, et les chiffres de 3,180,000 à 4,760,000 que nous avons obtenus rentrent dans les moyennes physiologiques.

Le sang a alors été examiné au point de vue chimique. Le procédé auquel nous nous sommes arrêté pour le dosage de l'hémoglobine est celui de Schutzemberger-Quinquaud, lequel est, sans contredit, le plus précis en pareille matière. Il nous suffira, pour justifier notre dire, de rappeler le passage suivant emprunté à l'excellente thèse de M. Lambling (1) :

« L'expérience a démontré que la réduction de l'oxyhémoglobine par l'hyposulfite de soude aboutit à la production de l'hémoglobine réduite seulement, sans aller jusqu'à l'hématochromogène, ainsi que l'avait pensé Hoppe-Seyler. Il en résulte que le procédé de dosage de l'oxygène, d'après Schutzemberger et Quinquaud, est le seul exact pour le sang. »

Dans deux cas, et comme moyen de contrôle, nous avons également dosé l'oxygène du sang à l'aide de la pompe à mercure ; les résultats ont été identiques.

« Chez les hommes de bonne santé, chez les ouvriers de nos villes, on sait, dit M. Quinquaud, que la capacité respiratoire oscille entre 20 et 24 centimètres cubes pour 100 centimètres cubes de sang ; c'est-à-dire que 100 centimètres cubes de sang agité à l'air ou avec de l'oxygène donnent 20 à 24 centimètres cubes d'oxygène à 0° et à 760 mil-

(1) *Des procédés de dosage de l'hémoglobine.* Nancy, 1882.

limètres. On rencontre même 19 et 18 centimètres cubes chez des hommes qui n'accusent rien de pathologique. »

Or, si l'on veut bien considérer le tableau II, on verra

TABLEAU II.

NOMS	POIDS	GLOBULES	POUVOIR OXYDANT POUR 1,000 C. C. DE SANG	HÉMOGLOBINE POUR 1,000 C. C. DE SANG	URÉE	GLYCOSE	OBSERVATIONS
			c. c.	gr.	gr.	gr.	
Rog.......H. 32 ans.	65 kil.	4.120.000	192 »	101	0.219	»	»
Pen.......... 43 ans.	80 »	4.200.000	196 50	103	0.17	»	»
Paign........ 18 ans.	60 »	3.920.000	187 »	98.4	0.19	0.54	»
Courb........ 28 ans.	63 »	»	183 »	96.3	»	»	»
Deber........ 29 ans.	67.500	3.180.000	176 »	92.6	»	»	»
Schey..... F. 22 ans.	57 »	4.340.000	170 »	89	0.17	»	»
Faf.......... 18 ans.	52 »	3.950.000	173 »	91	»	»	»
Meun........ 24 ans.	52 »	4.760.000	188 »	98	0.14	0.45	»
Hab.......... 35 ans.	49 »	3.060.000	165 »	86	»	»	État second. Chlorose.
Din.......... 7 ans.	51 »	2.520.000	162 »	85	0.15	»	État second. Chlorose.

que, en dehors des cas 9 et 10 (état second et chlorose), le chiffre moyen est de 18 centimètres cubes; minimum 17 (femme) et maximum 19.6 (homme, n° 2), ce qui est normal.

Nous pouvons donc conclure (avec M. Quinquaud) que, dans l'hystérie normale, le taux de l'hémoglobine reste égal à la moyenne physiologique. Nous aurions été également désireux de doser la glycose et l'urée renfermées dans le sang de tous nos malades d'expérience. Cela nous a été rendu difficile par suite de la petite quantité de sang que nous pouvions obtenir. Cependant nous avons pu doser l'urée chez six d'entre eux.

On sait que, chez l'individu normal, le sang renferme

de 0.16 à 0.20 centimètres cubes d'urée pour 1,000. Les résultats que nous avons obtenus se superposent aux moyennes précédentes, le chiffre le plus faible ayant été de 0 gr. 24 (n° 8) et le plus élevé de 0 gr. 219 (n° 1, homme). Nous pouvons donc conclure que le sang des hystériques normaux renferme la proportion physiologique d'urée.

Dans deux cas, nous avons pu doser la glycose, qui, à l'état normal, se chiffre par 0 gr. 40 à 0 gr. 65 pour 1,000 centimètres cubes de sang. Dans deux cas (n[os] 3 et 8), nous avons obtenu 0.45 et 0.54 de glycose, ce qui est également normal. De ces recherches il résulte donc :

1° Que chez les hystériques normaux, la même solution de continuité du tégument cutané que celle faite à un individu sain, ne donne issue qu'à une quantité de sang d'un tiers environ inférieure à la normale (1) ;

2° Qu'en dehors des cas d'anémie et de chlorose, la quantité d'hémoglobine, l'urée et la glycose sont en proportions normales.

Ces résultats corroborent ceux que nous avions déjà énoncés, à savoir, que la nutrition ne semble pas troublée dans l'hystérie normale.

(1) On pourrait essayer d'interpréter physiologiquement ces phénomènes. Peut-être s'agit-il là — très probablement même — de troubles dans l'innervation vaso-constrictive ou vaso-dilatatrice. Nous aurions ainsi l'explication d'une catégorie tout au moins de troubles trophiques que l'on observe dans l'hystérie : autographisme, asphyxie locale des extrémités, œdème bleu, etc., tous évidemment liés à des modifications circulatoires. La connaissance des phénomènes biologiques qui appartiennent à l'hystérie normale nous permet, on le voit, de prévoir le développement ultérieur de troubles trophiques ; mais nous croyons prudent de ne pas aborder les interprétations physiologiques, nous contentant d'exposer simplement ce que nous enseignent la clinique et l'expérimentation. (G. T.)

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE TROISIÈME

LES AGENTS PROVOCATEURS DE L'HYSTÉRIE.

CHAPITRE QUATRIÈME

LES STIGMATES HYSTÉRIQUES PERMANENTS.

LES ANESTHÉSIES CUTANÉES.

CHAPITRE CINQUIÈME

LES ANESTHÉSIES DES MUQUEUSES ET DES ORGANES DES SENS.

CHAPITRE SIXIÈME

LES HYPERESTHÉSIES HYSTÉRIQUES ET LES ZONES HYSTÉROGÈNES.

CHAPITRE SEPTIÈME

DE QUELQUES ZONES HYPERESTHÉSIQUES HYSTÉROGÈNES EN PARTICULIER.

CHAPITRE HUITIÈME

TROUBLES HYSTÉRIQUES DE L'APPAREIL DE LA VISION. DE L'AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE.

CHAPITRE NEUVIÈME

AFFECTIONS HYSTÉRIQUES DES MUSCLES OCULAIRES.

CHAPITRE DIXIÈME

DIATHÈSE DE CONTRACTURE; AMYOSTHÉNIE; TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES.

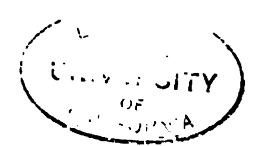
CHAPITRE ONZIÈME

DE L'ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES.

CHAPITRE DOUZIÈME

LA NUTRITION DANS L'HYSTÉRIE NORMALE.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.





PARIS

TYPOGRAPHIE DE E. PLON, NOURRIT ET Cie

Rue Garancière, 8.

